

REPÚBLICA DE CHILE

DIARIO DE SESIONES DEL SENADO PUBLICACIÓN OFICIAL

LEGISLATURA 329ª, ORDINARIA

Sesión 20ª, en miércoles 10 de agosto de 1994

Extraordinaria

(De 10:59 a 13:46)

**PRESIDENCIA DE LOS SEÑORES GABRIEL VALDÉS, PRESIDENTE,
Y RICARDO NÚÑEZ, VICEPRESIDENTE
SECRETARIO, EL PROSECRETARIO,
SEÑOR JOSÉ LUIS LAGOS LÓPEZ**

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

I. ASISTENCIA

Asistieron los señores:

- Alessandri Besa, Arturo
- Calderón Aránguiz, Rolando
- Cantuarias Larrondo, Eugenio
- Cooper Valencia, Alberto
- Díaz Sánchez, Nicolás
- Díez Urzúa, Sergio
- Errázuriz Talavera, Francisco Javier
- Feliú Segovia, Olga
- Fernández Fernández, Sergio
- Frei Ruiz-Tagle, Carmen
- Hamilton Depassier, Juan
- Hormazábal Sánchez, Ricardo
- Horvath Kiss, Antonio
- Huerta Celis, Vicente Enrique
- Lagos Cosgrove, Julio
- Larraín Fernández, Hernán
- Larre Asenjo, Enrique
- Lavandero Illanes, Jorge
- Letelier Bobadilla, Carlos
- Martin Díaz, Ricardo
- Matta Aragay, Manuel Antonio
- Mc-Intyre Mendoza, Ronald
- Núñez Muñoz, Ricardo
- Ominami Pascual, Carlos
- Páez Verdugo, Sergio
- Piñera Echenique, Sebastián
- Prat Alemparte, Francisco

-Ríos Santander, Mario
-Romero Pizarro, Sergio
-Ruiz De Giorgio, José
-Ruiz-Esquide Jara, Mariano
-Siebert Held, Bruno
-Sule Candia, Anselmo
-Thayer Arteaga, William
-Urenda Zegers, Beltrán
-Valdés Subercaseaux, Gabriel
-Zaldívar Larraín, Adolfo
-Zaldívar Larraín, Andrés

Concurrió, además, el señor Ministro de Salud.

Actuó de Secretario el señor José Luis Lagos López, y de Prosecretario, el señor César Berguño Benavente.

II. APERTURA DE LA SESIÓN

--Se abrió la sesión a las 10:59, en presencia de 38 señores Senadores.

El señor VALDÉS (Presidente).- En el nombre de Dios, se abre la sesión.

III. TRAMITACIÓN DE ACTAS

El señor VALDÉS (Presidente).- Se da por aprobada el acta de la sesión 13a, ordinaria, en 14 de julio del presente año, que no ha sido observada.

El acta de la sesión 14a, ordinaria, en 19 de julio del año en curso, se encuentra en Secretaría a disposición de los señores Senadores, hasta la sesión próxima, para su aprobación.

IV. CUENTA

El señor VALDÉS (Presidente).- Se va a dar cuenta de los asuntos que han llegado a Secretaría.

El señor BERGUÑO (Prosecretario accidental).- Las siguientes son las comunicaciones recibidas:

Oficios

Del señor Ministro del Interior, con el que complementa la respuesta a un oficio enviado en nombre del Senador señor Horvath, referido a la extracción de áridos en la Laguna de Córdova, ubicada en el límite de las comunas de El Quisco y El Tabo, Quinta Región.

Dos del señor Ministro de Educación: Con el primero, contesta un oficio enviado en nombre del Senador señor Romero, acerca de la existencia de programas de mejoramiento de infraestructura sanitaria para las escuelas

públicas de la Quinta Región, y, en especial, para las ubicadas en la comuna de Putaendo.

Con el segundo, da respuesta a un oficio enviado en nombre del Senador señor Cantuarias, respecto del financiamiento del proyecto de reposición de la Escuela Centenario, F-700, de Lota, Octava Región.

Del señor Ministro de Agricultura, con el que se refiere a un oficio enviado en nombre del Senador señor Horvath, respecto a la posibilidad de integrar el sector que separa el mar de la Laguna de Córdova, ubicada en el límite de las comunas de El Quisco y El Tabo, al Sistema Nacional de Áreas Silvestres Protegidas del Estado administradas por la Corporación Nacional Forestal.

Del señor Director Nacional de Turismo, con el que atiende un oficio de la Senadora señora Frei, acerca de la legislación que regula la actividad turística, en lo relativo a la instalación, permiso y funcionamiento de restaurantes, agencias de viajes y hoteles, así como las facultades y atribuciones que la normativa vigente otorga a ese Servicio.

--Quedan a disposición de los señores Senadores.

Del Grupo Interparlamentario Binacional Chileno-Japonés, con el que comunica que éste ha quedado integrado por los Senadores señores Ominami, Romero, Sule, Urenda, habiéndose designado Presidente al Senador señor Páez.

--Se toma conocimiento.

Informe

De la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, recaído en diversas sugerencias formuladas por los Comités en relación con distintas normas del Reglamento del Senado.

--Queda para tabla.

Moción

De los Senadores señores DÍEZ, Fernández, Larraín, Sule y Adolfo Zaldívar, con la que inician un proyecto de acuerdo que modifica el Reglamento del Senado.

Los autores de la moción explican que han presentado este proyecto de acuerdo con el objeto de convertir en normas positivas los criterios para la modificación del Reglamento expresados en el informe de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, del que se ha dado cuenta en esta misma sesión.

En atención a lo expuesto, con la finalidad de agilizar el despacho de la moción, y en consideración a que los criterios que la sustentan se encuentran contenidos en el informe aludido, los autores de la iniciativa solicitan el acuerdo de la Sala para que el proyecto de acuerdo sea eximido del envío a

Comisión para primer informe, y colocado en tabla a continuación del informe recaído en el Boletín N° S 171-09, de manera tal que, si existe acuerdo con las ideas fundamentales contenidas en el citado informe, se proceda, en seguida, a aprobar en general la iniciativa, abriendo un plazo prudente para presentar indicaciones.

-- Se accede a lo solicitado y, en consecuencia, se exime a la iniciativa del envío a la Comisión, acordándose incluirla en la tabla inmediatamente a continuación del informe recaído en el Boletín N° S 171-09.

Solicitud

De don Rene Vicente Álvarez Gaete, con la que pide la rehabilitación de su ciudadanía.

--Pasa a la Comisión de Derechos Humanos, Nacionalidad y Ciudadanía.

El señor VALDÉS (Presidente).- Terminada la Cuenta.

V. ORDEN DEL DÍA

ACUERDOS DE COMITÉS

El señor VALDÉS (Presidente).- Me informan que los Comités, de modo unánime, acordaron alterar el orden de tratamiento de los dos proyectos atinentes a la salud, en el sentido de colocar en el primer lugar de la tabla la iniciativa sobre Instituciones de Salud Previsional, y en el segundo, la que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

El señor CANTUARIAS.- Pido la palabra, señor Presidente.

El señor VALDÉS (Presidente).- Puede hacer uso de ella Su Señoría.

El señor CANTUARIAS.- Señor Presidente, debo manifestar que la expresión "unánime" no es muy feliz, porque nuestro Comité no fue consultado. Sin embargo, no tenemos inconveniente en cambiar el orden de la tabla.

El señor VALDÉS (Presidente).- La verdad es que se trató de un acuerdo verbal, ya que no hubo una reunión formal de Comités.

El señor CANTUARIAS.- Señor Presidente, sólo deseaba precisar que nuestro Comité no participó del acuerdo, pero, repito, no tiene objeción en dar su asentimiento.

El señor VALDÉS (Presidente).- Me parece atendible su observación, señor Senador.

Los Comités Renovación Nacional, Socialista, Independiente y Demócrata Cristiano concuerdan en cambiar el orden de los proyectos, y también el señor Ministro. Entonces, se procederá según lo expuesto.

Por otra parte, el señor Ministro del Trabajo y Previsión Social me ha hecho presente que no podrá asistir a la sesión de hoy, por lo que solicita que la iniciativa sobre reajustabilidad de los subsidios por incapacidad laboral y modificación de otras disposiciones sobre seguridad social, acerca de lo cual tiene interés en intervenir, sea tratada el martes de la próxima semana.

El señor CANTUARIAS.- Señor Presidente, ese proyecto tiene "suma" urgencia, de modo que, si es una petición del señor Ministro, cabe suponer que tal situación será resuelta.

El señor VALDÉS (Presidente).- En efecto. Debería modificarse esa calificación, si es que venciera el plazo respectivo.

Por lo tanto, si le parece a la Sala, este proyecto será puesto en el primer lugar de la tabla del martes próximo.

Acordado.

Boletín N°1240-11

MODIFICACIÓN DE NORMATIVA SOBRE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL

El señor VALDÉS (Presidente).- Proyecto de ley, en primer trámite constitucional, originado en mensaje de Su Excelencia el Vicepresidente de la República, que modifica diversas disposiciones de la ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional, con segundo informe de la Comisión de Salud.

--Los antecedentes sobre el proyecto figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:

Proyecto de ley:

En primer trámite, sesión 6a, en 16 de junio de 1994.

Informes de Comisión:

Salud, sesión 9a, en 5 de julio de 1994.

Hacienda, sesión 9a, en 5 de julio de 1994.

Salud (segundo), sesión 17a, en 3 de agosto de 1994.

Discusión:

Sesiones 11a, en 7 de julio de 1994 (queda pendiente la discusión general); 12a, en 12 de julio de 1994 (se aprueba en general).

El señor LAGOS (Prosecretario).- Esta iniciativa se encuentra calificada de "suma" urgencia en todos sus trámites.

La Comisión deja constancia de que, en conformidad a lo establecido en el artículo 74 de la Constitución Política, en relación con lo dispuesto por el inciso segundo del artículo 63 de la misma, el número 1 del Artículo Primero debe ser aprobado con quórum de ley orgánica constitucional.

Asimismo, destaca que, con fecha 27 de marzo de 1992 y 30 de marzo de 1993, la Excelentísima Corte Suprema emitió su opinión sobre dicha norma.

En seguida, para los efectos de lo establecido en el artículo 124 del Reglamento, hace constar que los siguientes preceptos no fueron objeto de indicaciones: Artículo Primero, N°s. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 18 y 19; Artículo Segundo; Artículo Tercero; Artículo Primero transitorio, y Artículo Segundo transitorio.

--Quedan aprobados reglamentariamente.

El señor LAGOS (Prosecretario).- A continuación, señala que no hay artículos modificados como consecuencia de indicaciones y enumera las normas que sólo fueron objeto de indicaciones rechazadas o retiradas.

Finalmente, da cuenta de las indicaciones aprobadas, de las aprobadas con modificaciones, de las rechazadas (éstas pueden ser renovadas con las firmas de 10 o más señores Senadores o la de Su Excelencia el Presidente de la República, en su caso), de las retiradas y de las declaradas inadmisibles.

En consecuencia, de acuerdo con el Reglamento, corresponde poner en discusión las proposiciones de la Comisión y las indicaciones renovadas.

La primera enmienda se refiere al número 1 del Artículo Primero, y consiste en sustituir el inciso segundo del artículo 7° propuesto para la ley 18.933 por el siguiente: "Para reclamar contra resoluciones que impongan multas, deberá consignarse"...

El señor VALDÉS (Presidente).- Es posible omitir la lectura, porque los señores Senadores disponen del texto respectivo.

El señor LAGOS (Prosecretario).- Dicha modificación fue aprobada por unanimidad.

El señor VALDÉS (Presidente).- Antes de dar la palabra, solicito autorización de la Sala a fin de que ingrese el señor Subsecretario de Salud, doctor Fernando Muñoz.

--Se accede.

El señor VALDÉS (Presidente).- En discusión la enmienda señalada.

Tiene la palabra el Honorable señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, simplemente deseo pedir a la Sala, en mi calidad de Presidente de la Comisión de Salud, que apruebe las proposiciones unánimes de ésta, salvo en los casos de indicaciones

renovadas -son dos o tres-, a fin de centrar el debate en el tema de los excedentes, ya que en torno al resto de la iniciativa hubo acuerdo.

El señor VALDÉS (Presidente).- He escuchado la misma proposición de parte de otros señores Senadores. Por tanto, si le parece a la Sala, se adoptará tal procedimiento, excepto en cuanto a las normas de quórum especial.

Acordado.

--Conforme al procedimiento convenido, por 28 votos afirmativos, quedan aprobadas las siguientes enmiendas propuestas por unanimidad:

Artículo Primero: N°s. 8 (la que reemplaza por otro el inciso final del artículo 23); 13 (la que sustituye por otro el inciso final del artículo 33 bis, nuevo); 15 (la que agrega un inciso final al artículo 37), y 16 (las recaídas en las letras a) y b), que modifican el artículo 38).

Artículo Quinto (la que reemplaza este precepto por otro).

El señor LAGOS (Prosecretario).- Como se manifestó, el número 1 del Artículo Primero requiere quórum de ley orgánica constitucional.

En consecuencia, la primera enmienda, ya descrita, debe cumplir esa exigencia.

--Se aprueba (28 votos afirmativos).

El señor LAGOS (Prosecretario).- Enseguida, en el mismo número 1 del Artículo Primero, la Comisión propone reemplazar el inciso quinto del ya citado artículo 7° por el que indica. Esta modificación, que fue aprobada por mayoría de votos, también necesita quórum de ley orgánica constitucional.

El señor VALDÉS (Presidente).- En discusión.

Tiene la palabra el Honorable señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, aun cuando voté en contra de esta norma, no insistiré en mi posición.

--Se aprueba la enmienda (29 votos afirmativos).

El señor LAGOS (Prosecretario).- Respecto del número 12 del Artículo Primero, los Honorables señores Ruiz-Esquide, Díaz, Frei (don Arturo), Frei (doña Carmen), Muñoz Barra, Matta, Lavandero, Hamilton, Gazmuri y Zaldívar (don Adolfo) renovaron la indicación N° 16, que tiene por objeto sustituir el inciso cuarto del artículo 33 propuesto en el Artículo Primero, número 12, del primer informe (que junto con el inciso quinto pasaron a ser incisos cuarto, quinto, sexto y séptimo en el segundo informe) por el siguiente:

"El cotizante de ISAPRE y las personas señaladas en el artículo 41 de esta ley, podrán utilizar la modalidad institucional para la asistencia médica

curativa de la ley N° 18.469, de acuerdo al artículo 26 de la misma, sujetos al arancel para personas no beneficiarias de dicha ley en casos de urgencia, o de ausencia o insuficiencia de la especialidad que motiva la atención, o ausencia o escasez de servicios profesionales en la especialidad de que se trata. Las personas a que se refiere este inciso deberán pagar el valor total establecido en el arancel aplicable a los no beneficiarios de la ley N° 18.469, salvo que, por existencia de convenio entre la Institución de Salud Previsional y el Servicio de Salud, dicho pago deba efectuarlo directamente aquélla."

El señor VALDÉS (Presidente).- En discusión la indicación renovada.

El señor DÍEZ.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor VALDÉS (Presidente).- Tiene la palabra el señor Ministro de Salud.

El señor MASSAD (Ministro de Salud).- Señor Presidente, deseo manifestar que el Ejecutivo se suma al apoyo de la indicación que repone el texto vigente. Luego de un estudio bastante detallado sobre el tema, hemos concluido que es posible manejar la situación respecto a la utilización de camas, incluso en los casos en que exista capacidad excesiva en los hospitales, mediante la norma que hoy rige al respecto.

Entendemos el buen espíritu con que se han presentado diversas indicaciones sobre el particular, pero el Ejecutivo considera que la legislación vigente es adecuada en tal sentido.

El señor ERRÁZURIZ.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor VALDÉS (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Errázuriz.

El señor ERRÁZURIZ.- Señor Presidente, sobre el particular, quiero hacer notar la importancia que reviste el hecho de que los servicios públicos de salud puedan recuperar los dineros -de acuerdo con estudios técnicos, son 15 mil millones de pesos- que dejan de percibir por concepto de atención a las personas afiliadas a las ISAPRES.

Creo que la primera obligación de eficiencia en la administración de los hospitales constituye la necesidad de recobrar esos fondos. La indicación en debate, sin embargo, no hace mención alguna a esta materia que, a mi juicio, es de la mayor relevancia. Es más, se limita notablemente el acceso de las personas -superan los 3 millones- a dichos establecimientos públicos, pues se dispone que podrán hacerlo en casos de urgencia, o de ausencia o insuficiencia de la especialidad que motiva la atención o de servicios profesionales especializados de que se trate. Y, obviamente, esa calificación subjetiva puede significar que los hospitales, en muchos casos, teniendo capacidad disponible de escáner, rayos u otros, para atender a dichos usuarios, lisa y llanamente, no lo haga sólo por la restricción legal imperante, lo cual me parece equivocado.

A mi juicio, lo normal es que los servicios públicos de salud presten, con prioridad, atención a sus usuarios naturales, esto es, a las personas más pobres que no están afiliadas a las ISAPRES. Sin embargo, si poseen capacidad instalada -no me refiero a las camas, porque, en este ámbito, por cierto, la situación es muy cambiante de un día a otro y, además, subjetiva en cuanto al tiempo de su ocupación o uso-, me parece, sí, absolutamente objetiva la materia cuando se trata de servicios como los de rayos, escáner, toda vez que los hospitales normalmente permanecen cerrados a media tarde, o incluso, como los lugares de rehabilitación, porque ya prestaron su utilidad a los usuarios naturales del sistema público de salud.

En consecuencia, me parece que la asistencia de medicina curativa, contenida en la ley N° 18.469, debe ser también ampliada al uso de los hospitales por los afiliados a las ISAPRES, cobrando por ellas cada vez que sea necesario, y ojalá esos servicios trabajen día y noche en los turnos correspondientes, a fin de allegar mayores recursos y beneficiar a las personas indigentes, a las más pobres, y así prestarles una atención más adecuada.

Además, considero indispensable que el personal especializado que trabaja en los hospitales tenga ingresos adicionales, porque, obviamente, si trabajan más podrán ganar más, sobre todo si esa atención va a ser pagada. Me parece digno de destacar el hecho de que los servicios públicos de salud, al recuperar esos dineros que actualmente no cobran -a través de la indicación no se busca de manera alguna procurar recursos-, puedan contar con ingresos adicionales para cancelar mejor a su propio personal, lo cual es un imperativo que se ha hecho público en los últimos días y también ha sido recurrente en las manifestaciones y peticiones de quienes laboran en dichos establecimientos.

En consecuencia, a través de una indicación que renovaré, voy a proponer lo siguiente: primero, que los cotizantes de las ISAPRES puedan acceder a los servicios públicos de salud, pero no al uso de sus camas; segundo, que lo hagan pagando las tarifas correspondientes, con participación activa de los médicos y directores de los hospitales, a fin de hacer eficiente la atención de dichos centros de salud en cada una de las Regiones; y tercero, que nunca tengan acceso a las camas, para evitar cualquiera apreciación subjetiva respectó del uso de éstas, y sí puedan utilizar siempre, en cambio, otros servicios que quedan disponible. De manera que a los hospitales, mediante estos mayores ingresos y usos, les sea posible también depreciar más rápido sus importantes inversiones, por cuanto, dado el significativo avance de la tecnología hoy día en el mundo, hace que queden obsoletos los equipos médicos al poco tiempo de ser implementados.

Por lo tanto, sugiero rechazar la indicación en debate, para que, en sustitución de ella, sea aprobada la que propongo, la cual, en definitiva, permite dar solución adicionalmente al problema de las camas como se ha hecho en otros países en forma muy exitosa.

Al respecto, planteo lo siguiente. Que en los hospitales donde no existan camas suficientes y haya terrenos disponibles -como ocurre en la mayoría de ellos en Chile-, estos últimos sean entregados en concesión al sector privado -se trate de una ISAPRE o no-, de manera similar al sistema empleado hoy día en obras públicas, para que se construyan pensionados, es decir, verdaderos hoteles, donde se renten camas, y las personas tengan la posibilidad de cobijarse y pasar su enfermedad y, al mismo tiempo, puedan acceder a los servicios de rayos, escáner y otros, respecto de los cuales los hospitales tienen disponibilidad objetiva, clara, conocida y no discutida ni por los médicos ni por nadie. Por lo tanto, de esa forma, en primer lugar, se soluciona el problema de las camas, sin nuevos recursos del Estado y con una colaboración activa del sector privado, y, en segundo término, se permite a los servicios públicos de salud atender a los cotizantes de las ISAPRES cuando tengan disponibilidad, siempre dando preferencia a los usuarios naturales del propio sistema, y allegar dineros estimados en más de 15 mil millones de pesos, los cuales, de otra manera, no serán recuperables y se perderán para los efectos de la asistencia de la gente pobre en los hospitales.

He dicho.

El señor DÍAZ.- Pido la palabra, señor Presidente.

El señor VALDÉS (Presidente).- La había pedido con antelación el Senador señor Piñera, quien puede hacer uso de ella.

El señor PIÑERA.- Señor Presidente, hemos tenido una discusión larga y polémica, pero, en mi modesta opinión, con muy poca objetividad y comprensión de los argumentos de la contraparte, y, por sobre todo, cargada de prejuicios y de posiciones a priori.

¿Qué estamos discutiendo? Hoy, la ley permite que la infraestructura pública, los hospitales, puedan ser utilizados no sólo por sus beneficiarios naturales -los chilenos adscritos a la salud pública a través de sus distintas modalidades-, sino también por los cotizantes de las ISAPRES, pero con algunas restricciones: sólo en casos de urgencia o de insuficiencia de la especialidad correspondiente en el sector privado. Por lo tanto, si hay o no escasez de ese servicio, no constituye un criterio. En otras palabras, si en una localidad existe un hospital público que tiene escasez de cierta especialidad y, por ende, no logra prestar asistencia a sus usuarios naturales, pero también no hay desarrollo de la especialidad en el sector privado, se permite que ese establecimiento atienda a este último. Pienso que ése es un mal criterio. No podemos ser como el perro del hortelano.

Propongo, en primer lugar, que la salud pública otorgue prioridad total y absoluta a sus usuarios naturales, que son los 8 millones de chilenos que ella atiende; y, en segundo término, atendida esa preferencia, que cuando deba optar, siempre privilegie y dé acceso al usuario natural. Sin embargo, en los casos en que existe capacidad ociosa y, hay invertidos recursos que

han costado muy caro al país y no están siendo utilizados -sólo en esos casos-, se permita a los cotizantes de las ISAPRES, directamente o a través de convenios, acceder a esos servicios o recursos, pagando por ello el precio que libremente determine cada hospital y que corresponda a un valor real.

Eso es lo que nosotros hemos propuesto, respecto de lo cual se han planteado muchos argumentos en contra, y me gustaría pedir encarecidamente al Senado que los discutiéramos.

El primer argumento es que en Chile no existe capacidad ociosa en los hospitales. Si así fuere, el texto de la indicación no tendría vigencia inmediata. Quiero ilustrar a la Corporación, conforme a cifras del Ministerio de Salud, acerca de qué es capacidad ociosa y capacidad total de un hospital. Es un tema discutible. Varios médicos y expertos en salud pública, con quienes he conversado, me dijeron que 85 por ciento es plena utilidad, luego, no podemos aspirar a ciento por ciento; que hasta 70 por ciento, se puede considerar que existe una cierta capacidad ociosa; y que entre 70 y 85 por ciento, es discutible. Por lo tanto, bajé el límite a 80 por ciento, y me encuentro con que la capacidad promedio de utilización de los hospitales de las Regiones Primera, Tercera, Cuarta, Sexta, Séptima, Octava, Novena, Décima, Undécima y Duodécima, está por debajo de 70 por ciento. Reitero: la fuente de estos datos proviene de un informe del Ministerio de Salud sobre utilización de hospitales.

Quiero ser muy honesto, dicho porcentaje corresponde a la capacidad promedio de hospitales, y es perfectamente posible que algunos pertenecientes a esas Regiones estén copados; pero, si señalamos que en promedio sus capacidades son de 70 por ciento al año, a lo mejor, están la mitad del año en 60 por ciento y la otra en 80 por ciento, y por tanto, también los promedios ocultan capacidad instalada no utilizada. Cabe destacar que más de 80 por ciento, en promedio, no tiene ninguna Región del país, y que, si tomamos la distribución de hospitales según la ocupación, la mitad, 48,2 por ciento, está por debajo de 60 por ciento -según la información del Ministerio de Salud-, la otra mitad, el 49,2 por ciento, fluctúa entre 60 y 85 por ciento, y sólo 2,6 por ciento estaría, obviamente, con capacidad plena, porque es posible que éstos sean los más importantes y los de la Región Metropolitana.

Con esto, quiero simplemente plantear en forma objetiva, sobre la base de esas cifras del Ministerio de Salud, que es evidente que sí existe capacidad instalada no utilizada en muchos hospitales del país, particularmente en Regiones. Y me gustaría entregar copias de estas estadísticas, con sus fuentes, a los señores Parlamentarios que lo deseen.

Por lo tanto, la iniciativa que nosotros hemos propuesto no es algo irrelevante, ya que, si todos los hospitales permanecieran copados, sugerir utilizarlos cuando haya capacidad ociosa puede ser interesante, pero sería teórico. Y no es teórico lo que proponemos.

El segundo argumento que se ha dado es que esto perjudicaría a los usuarios de la salud pública. Al respecto, debo decir que la indicación que hemos formulado plantea que los hospitales sólo se pueden utilizar cuando hay capacidad instalada ociosa y existen recursos invertidos por los cuales se está pagando y no son aprovechados. La modalidad que hemos propuesto bajo ninguna circunstancia puede significar perjuicio alguno a los usuarios de la salud pública.

Cuando se discutió el tema -leí la versión de la sesión correspondiente con suma atención-, el Honorable señor Ominami, y muchos otros señores Senadores, expresaron su acuerdo con la filosofía, con el principio de la indicación. También lo hizo el señor Massad, Ministro de Salud, con quien conversé al respecto, pero planteó que se debía ser muy cuidadoso y adoptar salvaguardias y precauciones para evitar que, a pesar del mandato y la voluntad del legislador de no perjudicar a esos usuarios, se produzcan desplazamientos indeseados.

En la Comisión cambiamos el texto de la indicación y, en virtud de tales argumentos, estamos proponiendo lo mismo que antes, pero con una salvedad: se faculta al Ministerio de Salud para que mediante decreto supremo reglamente su aplicación, a fin de prever estos casos no deseados ni por el Ministro de Salud ni mucho menos por nosotros.

Adicionalmente, se establece en el proyecto que el SEREMI de Salud respectivo debe dar su visto bueno al reglamento como garantía de que las realidades específicas de su Región queden cubiertas.

Y, por último, se faculta al director del hospital para celebrar el convenio correspondiente.

Aparte todas esas precauciones -decreto supremo del Ministerio, aprobación de los SEREMIS y convenio de los directores de hospitales-, no se fijó en la iniciativa plazo alguno al Ministerio de Salud para cumplir los requisitos, a fin de que pueda tomarse no diré que todo el tiempo del mundo, sino que todo el que necesite.

Y quiero dar lectura a la parte final de la indicación: "Con todo, las personas no beneficiarias de la ley N° 18.469 sólo podrán ser atendidas cuando exista infraestructura no utilizada en los establecimientos respectivos y, en ningún caso, ella podrá importar un menoscabo a la atención de los beneficiarios de dicha ley."

En consecuencia, creo que aquí hemos demostrado que existe capacidad instalada, y un mecanismo inteligente en el proyecto para entregar las decisiones a los expertos. No podemos nosotros entrar a decidir que se ocupen las camas, pero no los pabellones, o que se disponga de los quirófanos, porque es un aspecto demasiado técnico, y además, dinámico. Por eso le decimos al Ministro de Salud: "usted es la persona que representa al bien común en materia de salud; reglamente la forma de hacerlo". No debemos inmiscuirnos en asuntos técnicos que, por lo demás, van a variar a

menudo, porque las cosas van cambiando. Y agregamos: "Ministro de Salud, para precavernos de la acusación de centralismo, los SEREMIS respectivos de cada Región darán su visto bueno a ese reglamento y el director del hospital celebrará el convenio".

Considero que todas esas precauciones cubren total y absolutamente las inquietudes que muy bien expusieron algunos señores Senadores y también el Ministro de Salud. Sin embargo, nos hemos encontrado con una oposición que no se muestra en forma clara, salvo en un sector: el Colegio Médico.

Hay un informe de productividad del recurso médico en el sistema nacional de salud, planteado por el Ministerio del ramo. Y, con mucha franqueza, deseo manifestar al señor Ministro que lo que dijo no constituye ninguna novedad. Durante mucho tiempo ya hemos venido sosteniendo -y los periodistas lo saben perfectamente- que, aun cuando en los últimos cuatro años se duplicó el presupuesto de salud, no aumentó la producción de salud medida en términos de consultas, egresos, intervenciones, en fin, como se quiera medir. Por lo demás, quien hace tiempo me alertó sobre el particular en un seminario que nos tocó organizar y en el que a ambos nos cupo participar fue el propio doctor Vacarezza. Recuerdo que también concurrió a él la Honorable señora Feliú.

Por lo tanto, si se ha duplicado el presupuesto, y no ha aumentado la producción, uno se pregunta dónde fue el presupuesto. Bueno, una parte importante fue a incrementar...

El señor DÍAZ.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

El señor PIÑERA.- Por supuesto, con la venia de la Mesa.

El señor DÍAZ.- Me parece que el tema general de salud lo vamos a tratar el próximo miércoles. ¿Por qué entonces no nos reducimos al asunto que hoy día está en debate, y así avanzamos? Es una petición que le formulo directamente, señor Presidente.

El señor PIÑERA.- Señor Presidente, estoy yendo al punto esencial, ya que la indicación pretende precisamente terminar tal situación.

Quiero decir a los Honorables señores médicos que, cuando se habla de una operación del corazón, del páncreas o del hígado, es indudable que ellos tienen la palabra, y los demás prácticamente muy poco tenemos que decir. Pero cuando se trata de gestión pública, me atrevería a sostener que hay muchas personas que tienen algo que opinar al respecto, y no sólo los médicos del Colegio Médico, o su directiva. También hay otros facultativos que pueden hacerlo, como los del Ministerio de Salud.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¿Me permite una interrupción, señor Presidente, con la venia de la Mesa?

El señor PIÑERA.- Perdón, pero las interrupciones se solicitan a quien está usando de la palabra.

El señor VALDÉS (Presidente).- Efectivamente, y es su derecho otorgarla o no.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, obviamente,...

El señor PIÑERA.- Un momento, señor Presidente. Las interrupciones se piden al que está hablando. ¿Vamos a aplicar el Reglamento?

El señor VALDÉS (Presidente).- Su Señoría pide una interrupción,...

El señor RUIZ-ESQUIDE.- La estoy pidiendo al señor Senador que está usando de la palabra, si el señor Presidente me permite terminar la frase.

El señor VALDÉS (Presidente).- ... y consulto al Honorable señor Piñera si se la quiere dar.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Estoy solicitando una interrupción al señor Senador, para que la Mesa tenga la amabilidad de transmitir esta petición.

El señor VALDÉS (Presidente).- La estoy transmitiendo. ¿El señor Senador desea otorgar la interrupción?

El señor PIÑERA.- Con todo gusto, señor Presidente.

El señor VALDÉS (Presidente).- Puede hacer uso de ella, Su Señoría.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Muchas gracias, señor Presidente y señor Senador.

Sólo quiero pedir al señor Senador que me precedió en el uso de la palabra, y que gentilmente me ha otorgado una interrupción, que cuando se refiera al tema no formule observaciones como la de que los médicos somos los únicos que podemos hablar al respecto, porque soy el primero en no entenderlo así.

El señor PIÑERA.- Estamos de acuerdo.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Así como lo estamos en cuanto a que no sólo los economistas, para beneficio del país, pueden hablar sobre economía. Por lo tanto, nunca he recurrido a tal argumento, y no me gusta que me retruquen planteamientos o se dirijan a mí por afirmaciones que jamás he usado.

El señor PIÑERA.- Señor Presidente, le pido a mi Honorable colega que revise la transcripción de mis palabras, porque yo no lo he mencionado. Ahora, si Su Señoría, voluntariamente, se pone el sayo, es un problema distinto.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Sí, señor Presidente, cuando aludió a los médicos me miró a mí.

El señor PIÑERA.- Honorable colega, cuando uno habla...

El señor VALDÉS (Presidente).- Ruego al Honorable señor Piñera dirigirse a la Mesa, ¡y cuide su mirada!

El señor PIÑERA.- Quiero preguntar a la Mesa hacia dónde tengo que mirar para que el señor Senador no se siga sintiendo aludido, porque voy a seguir tocando el tema médico.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- A la Mesa, señor Senador.

El señor VALDÉS (Presidente).- Advierto a Su Señoría que le quedan dos minutos.

El señor PIÑERA.- Descuento, por favor, las interrupciones.

Cuando entramos al fondo del tema, habitualmente se trata de festinarlo para evitar enfrentarlo, y éste es un asunto de suma gravedad porque hay involucrado un aspecto ético. Y en la declaración de Caldera, el Ministerio de Salud planteó la existencia de un compromiso ético de aumentar la eficacia y eficiencia. Un señor Parlamentario sostuvo que la salud es una materia demasiado importante como para hablar de productividad. Pero precisamente por ser tan importante no podemos seguir, soportando los niveles de ineficiencia que existen hoy día en el sector salud. Y digo esto por lo siguiente.

En los últimos cuatro años se aumentaron las horas-semanas contratadas de 184 mil a 306 mil. O sea, casi se duplicaron. Es la consecuencia de los dos mil setecientos médicos incorporados a los servicios de salud. Sin embargo, en una medida gruesa, que naturalmente tiene problemas en términos de producción a través de consultas, egresos e intervenciones, la producción ha permanecido estancada.

Por ello concluye el Ministerio de Salud en que hay un problema de productividad. Es indudable que la salud no se mide solamente por esos indicadores de productividad. También hay un elemento de calidad, también hay un proceso de cambio en la estructura epidemiológica del país, etcétera. Pero cuando los indicadores reflejan una caída de la magnitud captada por los "tests" del Ministerio de Salud, por lo menos hay que preguntarse si no existe un problema muy grave en el sector.

Por eso se ha planteado el aprovechamiento de la capacidad no utilizada, adoptando todas las providencias del caso para no perjudicar a los usuarios públicos. En consecuencia, al emplear esa capacidad -la alternativa era que no fuera aprovechada por ningún chileno- por lo cual cada hospital fijaría precios de mercado, teniendo en cuenta las indicaciones del Ministerio de Salud, lo cierto es que con tal medida mejoraría la calidad en la salud pública, porque se dispondrá de recursos adir dónales que, de otra forma, no se obtendrían. Y en este sentido, debo decir que me impresionó ver al director del Hospital Barros Luco reclamar, con toda razón, porque le habían quitado

mil millones de pesos, los que proyectados a nivel nacional alcanzarían a 15 mil millones.

En segundo lugar, con tales recursos los hospitales públicos podrán atender las angustias y estrecheces que los afligen en tantos otros campos.

En tercer término, la posibilidad de esa interacción contribuirá a mejorar la eficiencia de ambos sectores, porque únicamente los más capaces estarán en condiciones de atraer a mayor número de personas en materia de camas; pabellones; equipos sofisticados, de rayos X, de resonancia nuclear, etcétera.

Por eso me pregunto por los motivos de tanta resistencia y oposición, y creo, francamente, que la respuesta se encuentra en la declaración del Colegio Médico, la que, tal vez, no ha sido suficientemente advertida por la opinión pública. En ella se hace un diagnóstico del sector durante el Gobierno militar, y se concluye en que en ese período hubo un intento deliberado de destruir la salud pública.

Posteriormente, en actitud que considero del todo desproporcionada, algunos señores Parlamentarios han reaccionado -utilizo los mismos epítetos con que se calificó el informe técnico del Ministerio de Salud respecto de la productividad- en forma ligera y superficial.

Y termino manifestando lo siguiente.

Creo, en realidad, que no podemos seguir confundiendo el interés público, que está asociado a una urgente, ineludible y desesperada necesidad de modernizar el sector de la salud pública y privada, con ciertos grupos que representan intereses muy legítimos, pero que no necesariamente representan los anhelos de la sociedad en materia de salud. Por ello, cuando disponemos de todos los argumentos, las evidencias y provisiones, insto al señor Ministro para que aprovechemos la oportunidad a fin de demostrar que realmente estamos dispuestos a avanzar hacia una modernización de la salud, y de que no ocurra en su caso lo sucedido con los dos Ministros que lo antecedieron, los que anunciaron grandes planes de modernización de salud sin que se produjera -salvo la duplicación de los recursos que, obviamente, se gastaron en algo, en inversiones, etcétera- un cambio de estructuras.

Este punto lo estimo de la más grave implicancia ética y moral, y pienso que no podemos eludirlo por constituir un primer paso dentro de los miles que es necesario dar en la materia. Desde hace muchos meses hemos estado planteando al señor Ministro de Salud nuestras ideas y visiones que, por lo demás, empiezan a ser compartidas por muchos otros centros de pensamiento. Por eso, pido a quienes se han opuesto a la medida que analicen con objetividad la situación.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Ha terminado su tiempo, señor Senador.

Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor MASSAD (Ministro de Salud).- Señor Presidente, sólo quiero referirme al tema concreto de la discusión, y en este sentido debo advertir que nunca el Ejecutivo ha propuesto cambiar el texto legal vigente sobre la materia en debate.

Asimismo, debo señalar que los resguardos que se tomen por la vía reglamentaria en las indicaciones presentadas, no evitarían una connotación de camas de primera clase y de segunda clase en las salas comunes de los hospitales, distinción que, por razones éticas, no aceptaríamos jamás.

Por tales motivos, y antes de que haya una discusión más general respecto de la vinculación de los sistemas público y privado de salud y las relaciones entre ambos, el Ejecutivo es partidario de mantener el actual texto de la ley.

He dicho.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Díaz.

El señor DÍAZ.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero liberarme de los epítetos de "prejuiciado", "descriteriado" y de "perro del hortelano", que aun cuando no fueron dichos con ánimo de ofender, de todas maneras se emplearon.

En segundo término, los hospitales trabajan noche y día. Algún señor Senador dijo que habría que hacerlos trabajar noche y día. Lo hacen los que se necesitan: los servicios de urgencia, de UCI, de maternidad. Y basta conocer la labor de los médicos y funcionarios de los hospitales para darse cuenta del esforzado y abnegado trabajo que realizan, habiendo dado a la medicina chilena un rango y categoría envidiables incluso en países más desarrollados, en cuanto a parámetros biomédicos, promedio de vida, etcétera, lo que también es una manera de medir el rendimiento.

Pero deseo referirme al asunto relacionado con la ocupación. Varios Honorables colegas han hecho mención de cuadros estadísticos que, pese a ser fidedignos, revelan una importante distorsión: se trata de hospitales de especialidades, de cabecera de provincia y de capitales de Regiones, cuyo índice ocupacional hace imposible acceder a ellos en los términos propuestos por el Honorable señor Piñera. Indudablemente que hay muchos. El de Petorca tiene un índice ocupacional de 9 por ciento y el de Pichilemu, de 22 por ciento. Pero, si se toman en consideración todos los establecimientos de salud, acusan un índice ocupacional de 40 o de menos de 50 por ciento. En consecuencia, donde podrían tener acceso las ISAPRES es en los centros de salud que les puedan resolver el problema y no aquellos -como los pequeños de comunas- donde con seguridad no existe capacidad de resolución.

Respecto de la productividad, debo manifestar que, como en los hospitales se ha mejorado mucho la atención en los últimos años, baja el número de consultas. Por ejemplo, antes un enfermo de Santa Cruz -como sucedía en mi Región- lo mandaban a San Fernando y de allí a Rancagua, para posteriormente ser derivado a Santiago. Con las mejoras experimentadas en

los servicios de salud, en vez de resolverse en cuatro consultas el problema de un paciente hoy se soluciona en una, y probablemente en el mismo lugar en que vive. Debe entenderse así, porque ha habido una real mejoría en el sector. Y contra los cuadros estadísticos expuestos aquí, contraponemos sesenta años de experiencia en los hospitales: 30 del Honorable señor Ruiz-Esquide y 30 del Senador que habla. Para qué decir de los hospitales psiquiátricos, en los cuales sencillamente se supera el 85 por ciento.

Hemos escuchado al señor Ministro expresar su total desacuerdo con el acceso a los hospitales de los beneficiarios de las ISAPRES. No lo ha hecho en forma categórica. En todo caso, después podemos hablar sobre la forma como podrían acceder. Ello actualmente crearía una complicación que la hemos vivido los médicos. ¿Por qué? Porque si Zutano o Mengano va al hospital en forma particular, obviamente querrá que lo siga atendiendo su médico tratante, porque en las ISAPRES existe el sistema de libre elección. Como en los establecimientos públicos de salud cada facultativo dirige su propia sala -por ejemplo, en la sala A de un hospital regional, el doctor Nicolás Díaz Sánchez es el responsable de ocho camas-, la presencia de médicos ajenos al servicio indiscutiblemente obstaculizaría los procedimientos. ¿Por qué? Porque hay una rutina: en la mañana se visita a los enfermos y se dejan las indicaciones; se piden exámenes; se celebran reuniones clínicas. Es decir, todo un mundo que obliga. Si de ocho camas cinco están ocupadas por enfermos de las ISAPRES, habría seis médicos: el de la sala más los cinco facultativos de libre elección que pueden acceder a ella. Ello me parece absolutamente improcedente, pues complicaría enormemente el sistema. Quienes hemos vivido en los hospitales, sabemos que existe un mínimo de orden y un buen trabajo administrativo en ellos. Cuando se trata de un enfermo delicado o con problemas, es necesario celebrar reuniones clínicas, en las cuales participan todos los médicos que trabajan en el servicio. Y, obviamente, no podemos obligar a que asista a ellas a uno que no pertenece al establecimiento. Las reuniones clínicas también significan productividad y trabajo, las cuales, aunque no se midan en números, constituyen una etapa de perfeccionamiento de los médicos.

Como lo dijimos la otra vez, el acceso del enfermo a un hospital lo determina una sola condición: su urgencia. Cuando el Honorable señor Ríos, hace un tiempo sufrió un grave accidente, fue llevado a un hospital público, donde no le preguntaron si era Senador, o si pertenecía a una ISAPRE. ¿Por qué? Porque ése es el criterio de los hospitales en Chile, criterio creado por la emergencia, por la agudez del caso. En los establecimientos hospitalarios del país en los cuales trabajé durante treinta y tantos años -en la UCI, en el servicio de urgencia-, a un paciente que sufría una enfermedad aguda de vida o muerte, jamás se le preguntó si pertenecía a una ISAPRE o al FONASA, o si era indigente o Senador. ¡Nunca! Creo que ese criterio sigue primando, porque sobre el particular el Colegio Médico ha impartido principios éticos.

Señor Presidente, se ha afirmado que en los hospitales, por algunas horas, los equipos permanecen desocupados. ¡Por supuesto que pueden estarlo! El

equipo de rayos, el escáner y el quirófano pueden estar desocupados; pero todos ellos deben ser manejados o por un médico o por un tecnólogo, que son precisamente los que faltan en Chile. Es decir, si están desocupados es porque el especialista que los manipula no tiene horas disponibles.

Para conocimiento de los señores Senadores, debo señalar que la carencia de ciertas especialidades médicas en Chile complica todo...

El señor ERRÁZURIZ.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

El señor DÍAZ.- Con todo gusto.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Puede hacer uso de ella Su Señoría.

El señor ERRÁZURIZ.- Evidentemente, el señor Senador reconoce que hay equipos de rayo, de escáner...

El señor DÍAZ.- ¡Por supuesto!

El señor ERRÁZURIZ.- ...y disponibilidad de equipos médicos, porque no se están usando a "full". Por lo tanto, tienen capacidad para atender a las ISAPRES. Se trata de que las mismas personas que trabajan en esos servicios puedan ganar más. Pueden capacitar a sus ayudantes para que sigan trabajando más horas en el día o hagan dos turnos, y el servicio de rayos del hospital equis no cierre a las cuatro de la tarde, por no tener más personas que atender. Por lo tanto, al dar cabida a las ISAPRES y a sus cotizantes pagando por estos servicios, se allegarán más recursos, para comprar nuevos equipos, se podrá remunerar y atender mejor, todo lo cual redundará en una labor más eficiente para el país, pues como un todo tratará de administrar mejor sus servicios.

Reconozco que el señor Senador tiene razón en cuanto a que el tema de las camas es subjetivo. Sin duda que pueden decirle a una persona que pase el resto de la convalecencia en su casa, porque ya está bien, en razón de que la cama será ocupada por alguien que la necesita y que está dispuesta a pagar.

Pero es un riesgo que no debemos correr. Por eso, he formulado una proposición para evitar ese riesgo y lograr todas las ventajas que Su Señoría está señalando, las cuales se pueden lograr si se hacen bien las cosas.

Es un asunto que va más allá de la política y de las legítimas diferencias ideológicas que puedan existir entre nosotros. Se trata de solucionar uno de los problemas más urgentes de los chilenos. Todos debemos colaborar, para que, de esta sesión, surja realmente una solución óptima, la mejor que podamos encontrar dentro de nuestras propias limitaciones.

Muchas gracias por la interrupción, señor Senador.

El señor DÍAZ.- Señor Presidente, todos tenemos los mejores propósitos y no estoy suponiendo malas intenciones a nadie. Estimo que las proposiciones de los Honorables señores Piñera y Errázuriz, así como las nuestras han sido hechas en pro del bien común. No soy quién para juzgar intenciones.

Partimos de ese hecho. Son opiniones diferentes y enfoques distintos. El nuestro quizás se basa en la experiencia médica de muchos años. Hemos visto que, cuando se pide una interconsulta oftalmológica a un vecino de una región atrasada, ella se demora cuatro, seis y ocho meses, como 16 sabe el señor Ministro.

Por otra parte, ante la presión económica del que puede pagar y frente al que no puede hacerlo, los hospitales y los especialistas pueden caer en la tentación de atender primero a los beneficiarios de las ISAPRES en rayos, en escáner o lo que sea, lo que precisamente no deseo.

En todo caso, considero que la urgencia debe darla el enfermo. Como los beneficiarios de las ISAPRES tienen acceso a las clínicas -aquí entramos a otro punto- si abrimos los hospitales y las salas comunes a las ISAPRES, éstas van a quedar en situación muy cómoda y no van a tener interés -excusen el prejuicio que pueda tener- en crear clínicas, consultorios o centros de diagnóstico, porque los servicios públicos les están solucionando el problema. Y como las ISAPRES están ganando bastante dinero, lo justo sería que inviertan -como es su obligación- en ese tipo de equipos.

Deseo aclarar que la productividad se puede medir de muchas maneras. Tal vez resulte demasiado anecdótico lo que voy a contar, pero es una experiencia que viví hace algunos años. Un médico muy honorable y trabajador atravesaba el río Cachapoal a caballo para atender tres comunas al mismo tiempo. Cada vez que llegaba a una de ellas -las tres están muy cercanas a mi corazón y a mi afecto-, había 80 personas esperándolo. Y como no podía atenderlas a todas, las clasificaba por sus dolencias: las con diarrea; las con estitiquiez; las que tenían fiebre y las que no la tenían. De ese modo despachaba 70 pacientes en dos horas. Como producción ¡estupenda! Si algunas de las que tenían fiebre y diarrea presentaban fiebre tifoidea, eso era otra cosa. Y que moría gente, también moría. Porque la morbimortalidad hoy es absolutamente distinta de la que existía hace equis años. ¡Cuidado con la productividad y con las cifras en medicina! Porque efectuar un trasplante de hígado, instalar un "by-pass" en el corazón u operar un tumor cerebral toma muchas horas. Hoy la medicina chilena está realizando cosas que antes no hacía. Es indiscutible que el promedio de vida, el tipo de operaciones, etcétera, constituye una manera de medir la capacidad. Y en último caso estaría de acuerdo si esto fuera absolutamente abierto para todo el mundo. Por ejemplo, ¿por qué excluir a los hospitales de las Fuerzas Armadas de brindar atención a las ISAPRES o a todo el mundo? Si es así, conforme. Pero ése es otro tema bastante polémico.

Para terminar, quiero recordar a los Honorables señores Ruiz-Esquide y Andrés Zaldívar que el año pasado se presentó un proyecto para reestructurar el Servicio de Salud, proyecto que el señor Ministro, al menos miró con simpatía. Por eso, pido a los miembros de la Oposición que entremos a estudiar derechamente el tema de la reestructuración, otorgando quizás facultades, extraordinarias para que este servicio, que se encuentra

en dificultades -como lo están otros servicios en Chile desde hace mucho tiempo y en todo el mundo- pueda solucionar sus problemas.

Los diarios informan que en los Estados Unidos gran parte del debate gira en torno de la salud en este momento. Como el próximo miércoles vamos a tratar el tema, creo que será la oportunidad para ahondar en él; desde ya formulamos un llamado a la Oposición para que estudiemos juntos la reestructuración del sector salud, con el objeto de mejorar un servicio que ha dado mucho al país, que ha mejorado las condiciones de vida de los chilenos y al cual el pueblo de Chile le está pidiendo más, y con razón.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ominami.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, deseo comenzar mi intervención con una declaración de orden general. Me parece que, frente a los enormes problemas y desafíos que plantea el sector salud, todo lo que lleve al mejoramiento de la gestión, tanto en el sistema privado como en el público, constituye un asunto de la mayor importancia. Porque existen presunciones fundadas de que hay un espacio importante que recorrer en materia de mejoramiento de la gestión, aspecto que involucra no sólo al sector público, sino también al privado.

Desde ese punto de vista, quiero decir que comparto la preocupación que está detrás de la indicación presentada. Y considero muy difícil tener una actitud distinta, porque si existe capacidad ociosa, es evidente que, desde un punto de vista económico, debemos tratar de reducirla. ¿Como podría argumentarse lo contrario? Francamente, no veo cómo.

En consecuencia, soy partidario de avanzar en una discusión que nos permita mejorar las formas de gestión en el sector público. Y dentro de ese ámbito, naturalmente, todo lo que dice relación a una mejor utilización de las infraestructuras públicas juega un rol importante.

Sin embargo, creo que existe, primero, un problema de método en este debate. ¿En qué sentido? Estamos discutiendo, no sobre la reorganización del sistema público de salud, sino respecto de una iniciativa acotada, relativa estrictamente al sistema privado. Ese es el fondo del proyecto que hoy día se analiza. Más aún, estamos dejando de lado importantes cuestiones, que constituyen carencias aún no solucionadas por el sistema privado. Desde luego, todo lo que tiene que ver con la tercera edad no está en el debate, porque en la actualidad, en el cuadro del sistema privado, no existen respuestas adecuadas a ese problema, el cual, quizás, es tanto o más importante que el de un buen uso de las infraestructuras públicas. Asimismo, dejamos fuera lo referido a las enfermedades catastróficas, que es un asunto central en la existencia de cualquier sistema de salud. No analizamos esta materia, pues sabemos que existen diferencias entre nosotros sobre ella, y porque el sistema privado no ha logrado todavía responder de manera conveniente a este tipo de requerimiento.

A partir de este debate, me surge inmediatamente la siguiente duda. Si dejamos fuera el tema de las enfermedades catastróficas, esperando una próxima oportunidad para discutir sobre el particular, y si hacemos otro tanto en lo relativo a la tercera edad, queda también afuera un tercer asunto, que es el planteado por el Senador señor Piñera: ¿por qué -ésta es mi consulta- el sistema privado, no obstante concentrar al sector de la población de más altos ingresos, no logra resolver sus necesidades de infraestructura? Es una materia muy importante. Pienso que un sistema que no logra dar salud a los mayores, ni proteger a la gente efectivamente enferma y que, más aún, no consigue financiar sus propias necesidades de infraestructura, es un sistema que presenta problemas. Entonces, ¿cuál es mi planteamiento?

No quiero eludir los problemas del sector público; existen, y son muchos. Y deseo referirme en un momento más a ellos. Pero afirmo lo siguiente: concentrémonos en el debate al cual hemos sido convocados, tocante a cómo introducir algunas modificaciones -que son mejoramientos parciales- al sistema de ISAPRES, teniendo claro que aquí queda pendiente una discusión sobre la tercera edad y las enfermedades catastróficas, y acerca de cómo el sistema privado soluciona sus propias necesidades de infraestructura.

Aquí quiero hacer un alcance a lo afirmado por el Senador señor Piñera.

En realidad, desde el punto de vista económico, con la indicación planteada podríamos incurrir en una situación claramente tipificable como de "competencia desleal": un sistema privado que descrema su mercado, en la medida en que afilia sólo a las personas de ingresos altos o medianos y deja entregados al sistema público a los usuarios de menores ingresos, pero que, finalmente, se hace subsidiar por parte del sistema público, al obtener el acceso a las infraestructuras de dicho sistema. Esto es casi como si un empresario que quisiera producir en determinado rubro no desarrollara las inversiones requeridas y obligara a otro empresario, del mismo rubro, a que le prestara las maquinarias durante la noche. Con toda seguridad, el segundo empresario tendría una rentabilidad mucho más alta que el primero. Pero me parece que ése es un caso típico de competencia desleal. Pienso que hay aquí un problema muy serio, el cual debe resolverse: ¿está el sistema privado en condiciones -sí o no- de financiar sus propias necesidades en materia de infraestructura?

Esa es mi primera observación.

En consecuencia, sugiero que nos limitemos, en esta ocasión, a pronunciarnos sobre los mejoramientos al sistema privado, teniendo claro que hay una discusión pendiente respecto de los temas más fundamentales de este sistema y, por cierto, debe existir un debate muy a fondo tocante al sistema público.

A esa materia quiero referirme.

Ha estado en el tapete de la actualidad una discusión sobre la productividad del sector público. He analizado con bastante detención estos indicadores. Y quiero decir lo que sigue.

Creo que se cometió un error -y serio- en la forma de construcción de esos índices. Porque no es posible medir la productividad de un servicio como el de salud dividiendo simplemente el número de horas por el número de prestaciones, sin introducir ningún tipo de consideración cualitativa acerca de la naturaleza de las prestaciones. Conversé, también, con algunos especialistas, que me hicieron presentes cosas bastante obvias. Se ha hecho un esfuerzo importante para ampliar, por ejemplo, el número de anestesistas. Una parte muy considerable de las operaciones hoy día son realizadas por anestesistas que controlan directamente la operación. ¿Qué es lo que ocurre? Se gasta una cantidad muy importante de horas-médico en anestesistas. Eso mejora de manera muy significativa la calidad de la prestación. No es lo mismo que esté el anestesista presente, a que haya un anestesista que pueda estar supervigilando 8 ó 10 operaciones al mismo tiempo. Pero eso no tiene ninguna significación, no se ve expresado en el cálculo del índice de productividad, porque la prestación es la misma. Entonces, me parece que en esto debemos ser un poco más serios.

Yo, como el que más, aplaudo que el Ministerio busque introducir una noción de productividad, de cálculo económico. Son demasiado grandes los problemas en el sector salud y los recursos involucrados como para que no hagamos una medición precisa del uso de ellos. Pero realicemos una buena medición.

Voy a dar otro ejemplo, que me pareció igualmente muy pertinente: el caso de prestaciones de urgencia en hospitales de menor tamaño. Ocurría que ciertas prestaciones se realizaban luego de que se había llamado al médico a su casa. La prestación es la misma desde el punto de vista cuantitativo. ¡Pero por Dios que hay diferencia entre una prestación realizada en el momento oportuno y una efectuada una vez que el médico ha sido encontrado en su casa e interviene, naturalmente, con un atraso que puede ser grave o incluso fatal! Creo que existe acá, también, una noción cualitativa que es muy importante considerar.

Todo lo señalado no es para negar la existencia de serios problemas de gestión en el sector público. Quiero que esto quede claro. Me parece -repito- relevante considerar eso. Pero debatamos este asunto derechamente, y sobre la base de indicadores que reflejen tanto los aspectos cuantitativos como los cualitativos.

En tercer lugar, en la medida en que no dispongamos -como el Ministerio lo indicó- de criterios suficientemente precisos para normar la aplicación de una indicación como la propuesta, existe el riesgo cierto de que esta iniciativa, animada por propósitos que comparto, sea objeto de un mal uso. ¿Por qué? Son tantas y tan apremiantes las necesidades a las cuales están enfrentados los hospitales, que para éstos el hecho de atender a pacientes

que vienen del sistema privado puede ser una tentación muy fuerte para resolver sus problemas financieros. Y entendería, en cierta medida -no lo justificaría-, al director de hospital que actuara de esa manera, que buscara solucionar los problemas de financiamiento de su institución sobre la base de atender a gente que cuente con un respaldo financiero que le permita obtener ciertos ingresos. ¡Qué cosa más loable que buscar el financiamiento de una institución como un hospital! Pero ¡cuidado! En ese mismo momento, objetivamente, podemos estar poniendo a los indigentes y a la gente más modesta en una condición de inferioridad respecto de esas personas. Pienso que ese riesgo existe.

Ahora, quiero formular una cuarta y última observación.

El Senador señor Piñera ha efectuado una presentación tocante a los índices de utilización de la capacidad ociosa de los hospitales. Y todo esto a base de una información de Salud. Creo que a Su Señoría le faltó hacer la medición principal. La básica no se encuentra en ninguno de los cuadros aquí presentados. Y es una distinción muy simple entre hospitales pequeños y grandes. Eso no está aquí. Y desafío al señor Senador a que tomemos sólo los hospitales de mayor tamaño...

El señor PIÑERA.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

El señor OMINAMI.- Con la venia de la Mesa, con todo gusto.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Piñera.

El señor PIÑERA.- Señor Presidente, lo que acaba de señalar el señor Ominami es cierto. En mi exposición dije que los hospitales grandes -y en la Región Metropolitana, particularmente- son los que poseen mayor capacidad. Pero sólo quiero indicar una cosa. No hay para qué demostrar que existe capacidad inutilizada en todos los hospitales para que tenga pleno sentido la indicación. Basta con que la haya en la mitad, aunque sea en los hospitales pequeños, en los de regiones, de provincias y también de Santiago. Y en algunos hospitales puede suceder que en una parte de ellos haya capacidad utilizada, y en otra, no.

Entonces, el argumento que se debe demostrar es que basta con que haya significativamente capacidad inutilizada para que sea válida la indicación.

Empero, tiene razón el Senador señor Ominami en lo que ha dicho. De modo que no estamos en discrepancia en ese frente.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Recupera el uso de la palabra el Honorable señor Ominami.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, creo que sería muy importante, para la transparencia del debate, que quedara nítidamente establecido que la capacidad ociosa tiene una distribución que presenta un sesgo muy claro. Los hospitales grandes se encuentran absolutamente saturados, y existe

tendencia a una cierta capacidad instalada ociosa en los hospitales medianos y pequeños.

¿Qué es lo que sucede? Insisto en que partí efectuando una declaración general en donde manifesté mi acuerdo con la búsqueda de fórmulas que nos permitan llegar a una utilización óptima de la capacidad instalada. ¿Pero qué es lo que pasa? Que las necesidades del sistema privado en materia de acceso a las infraestructuras públicas son grandes justamente allí donde no hay capacidad instalada ociosa. Ese es el punto. Las necesidades de acceso a salas de hospitales públicos por parte de las ISAPRES se plantea con fuerza en las grandes ciudades, y no en los hospitales pequeños. Por tanto, el argumento de que existe aquí, no digo la posibilidad cierta, pero, sí, el riesgo de que haya un mal uso de una disposición de este tipo, me parece que está planteado.

Termino, señor Presidente, diciendo lo siguiente: concentrémonos en mejorar lo que se encuentra explícitamente establecido en el proyecto. Ese es un avance; parcial, pero avance. Y tengamos claro que aquí quedan dos aspectos muy fundamentales pendientes para ser discutidos: primero, lo referente a cómo el sistema privado -el de ISAPRES- soluciona a lo menos los problemas de la tercera edad, de las enfermedades catastróficas y de sus propias necesidades de infraestructura pública, que es, precisamente, lo que en este debate está planteado, dejándolo en evidencia como una cuestión no resuelta; y segundo -como lo sugirió un señor Senador que me antecedió-, la necesidad de solicitar a las autoridades del Ministerio de Salud agilizar el envío de un proyecto que nos posibilite entrar derechamente en un debate sobre la racionalización del sector público.

He dicho.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Larraín.

El señor LARRAÍN.- Señor Presidente, creo que la salud es una materia que, obviamente, nos inquieta a todos. No hay nadie que tenga en esto un monopolio particular. Y a juzgar por las encuestas de opinión, es, ciertamente, la principal preocupación de la población chilena, dentro de los problemas no resueltos. Por este motivo, próximamente dedicaremos una sesión específicamente a esta finalidad. Y, entonces, no quiero agotar el tema general ahora, sino en esa oportunidad.

Pero, tal como otros señores Senadores lo han hecho, me parece importante aprovechar esta ocasión, a propósito de la disposición en debate, para formular algunas reflexiones breves sobre el particular.

A mí, en general, me preocupa la susceptibilidad, la extrema sensibilidad que existe cuando se debate esta materia. La verdad es que hay, en razón de cualquier declaración, sobre todo de una autoridad, reacciones tales que uno no logra entender cuál es su alcance ni su objetivo. Tampoco son claras las

prioridades que la autoridad ha logrado desarrollar respecto a cómo atender el problema de la salud.

Recién señalaba el señor Senador que me antecedió en el uso de la palabra, al terminar su intervención, la necesidad de que la autoridad presente pronto las reformas que hay que interponer para mejorar la salud pública. Y ésa es, precisamente, mi primera inquietud.

En Chile existen dos sistemas de salud: uno público y uno privado. El primero atiende a 75 por ciento de la población, aproximadamente, y es el que está acusando los mayores déficit de atención, a juzgar por la ciudadanía. El 25 por ciento restante es cubierto por el segundo, con todas sus limitaciones y defectos, el cual, por sus particulares características, por disponer de mayores recursos, por cualquier causa que sea, está, ciertamente, en un mejor pie, y ofrece un servicio bastante razonable para todos los efectos prácticos.

Sin embargo, y aquí está la paradoja, la dedicación principal de la autoridad se dirige a la regulación de este último servicio (de hecho, hoy estamos analizando un proyecto que tiene ese objetivo), y no a lo que para nosotros es lo relevante: la mejoría, reforma y modernización de la salud pública. Surge aquí una contradicción que vale la pena destacar.

La organización de la salud pública puede dividirse en dos partes: la que dice relación con hospitales, FONASA, los servicios regionales, por una parte, y, por otra, la relativa a los niveles municipales descentralizados de salud, la gran innovación. Pues bien, el siguiente proyecto que verá la Sala trata precisamente de esta última materia, y, lamentablemente, su objetivo no es el de avanzar en el importante paso dado hacia la descentralización. Por el contrario, se produce una regresión. Solamente se circunscribe al análisis funcionario, en términos de un estatuto que viene a rigidizar el servicio que prestan las entidades respectivas, en lugar de mejorar su calidad. Me cuesta entender tal contradicción.

En el hecho, no estamos trabajando en lo atinente al sector de la salud pública, que reclama las principales reformas y modificaciones. Cuando las tentativas de enmienda se dirigen al otro sector, al privado, ellas muestran un afán regulatorio que tampoco conduce a la mejoría de los servicios, a la cual sí contribuyen, en cambio, muchas de las disposiciones actuales, probablemente.

En estos días (se ha comentado en la Sala) se ha hecho un análisis de productividad por el Ministerio de Salud. Curiosamente, también este trabajo ha sido objeto de acusadas reacciones, tanto de parte del sector político cuanto de las organizaciones gremiales profesionales correlativas. Da la impresión de que la gente, ante la realización de un análisis más o menos completo, más o menos global, responde como ante una ofensa, y, en lugar de tomar lo valioso del estudio realizado, lo cuestiona.

Lo que se ha afirmado, como conclusión de esa labor, es que en los últimos cuatro años el país ha efectuado una gran inversión en salud; ha duplicado los esfuerzos. Sin embargo, pareciera -es lo que se está diciendo- que los resultados no se traducen en una mejor atención. Todos nosotros vivimos la misma experiencia en nuestras regiones.

Invito a los señores Senadores a recorrer los hospitales y postas, como personalmente lo he hecho, en Cauquenes, Linares, San Javier y Parral. Si lo hacen, advertirán que la atención que se ofrece a los pacientes no ha mejorado. La insatisfacción que manifiesta la población es tremenda. Y nadie puede negar que la Administración pasada hizo un esfuerzo significativo para dotar de mejores recursos a este servicio.

Ese es el hecho que tenemos que entender para apreciar el diagnóstico al que estamos apuntando: lo que está en crisis es el sistema. Y no basta con continuar destinándole más recursos, porque sería lo mismo que tratar de arreglar un auto viejo: se puede seguir desembolsando fondos una y otra vez, pero continuará siendo un auto viejo. La única manera de obtener buenos resultados es que, con los mismos recursos, dirijamos los esfuerzos a adquirir un auto nuevo, moderno y adecuado a las necesidades actuales.

Lo que he descrito es lo que está ocurriendo, y no logro entender por qué no enfrentamos el problema con mayor realismo.

He aplaudido la actitud del señor Ministro, porque refleja una autocrítica y sitúa el eje en el diagnóstico de la situación. Si no lográramos ponernos de acuerdo en los diagnósticos, difícilmente podríamos avanzar en las soluciones.

En cuanto al proyecto, hoy estamos frente a una de sus disposiciones que parece -como, además, se ha dicho- de la mayor racionalidad. Se trata de producir una especie de interconexión entre los sectores público y privado, procurando no causar daño al primero.

La necesaria integración de ambos sectores ha sido expuesta por el señor César Oyarzo, Director de FONASA, como una de las modernizaciones o lineamientos que están pendientes. Lo declara en un artículo publicado por el Centro de Estudios Públicos. Al respecto, expresa: "un sistema no es mixto por la sola existencia de dos sectores. A nuestro juicio, la mezcla implica una interrelación competitiva entre ambos. En este sentido debe considerarse la aplicación de mecanismos que faciliten la compra y venta de servicio entre ambos subsectores."

Esta es la clave. Aquí está buscando una integración racional entre el sector público y el privado.

Por eso, añade: "Una ganancia obvia de esta política será reducir la duplicación de inversiones, especialmente en cuanto a equipamiento de alto costo.". Hasta aquí la cita.

Pienso que ahí están dadas las líneas fundamentales de lo que hay que hacer: buscar una integración inteligente entre los servicios privados y los públicos, con la cual este último sector obtenga beneficios. Y tengo la impresión de que la norma apoyada por los miembros de la Comisión responde a esa inquietud, pues dice que se procura la utilización de la capacidad instalada que se estime que está ociosa.

Ello puede ser discutible en algunos casos. He revisado los índices de hospitalización y el ocupacional de los hospitales de la Región que represento, porque es posible que esta disposición sea irreal, dado el hecho de que hay muchos establecimientos que tienen saturada su capacidad de atención. En esa Región existen algunos cuyo índice ocupacional asciende a 70 por ciento, que son, por lo corriente, los hospitales más grandes de las localidades de mayor población. El mencionado es ya un porcentaje alto de ocupación, lo que significa un margen más bien pequeño para ser utilizado por terceros. Ciertamente, hay numerosas otras instituciones que registran índices muy inferiores y que, en general, corresponden a los de tamaño medio o menor. En Chanco, por ejemplo, la proporción ocupada alcanza a 38,9 por ciento; en Constitución, a 49,3; en Curepto, a 48,2; en Hualañé, a 44,1; en Licantén, a 33,4.

Hay, por lo tanto, sectores, ciertos "nichos" en donde la disposición podría tener una mayor utilidad. En otros, probablemente el sistema resultará irreal. Pero, ¿cuál es el riesgo, si se está señalando que, para que proceda su aplicación, ésta deberá encontrarse debidamente reglamentada por la autoridad?

Tengo confianza en que un reglamento inteligente, cuidadoso, dictado por el señor Ministro de Salud, cubrirá la inquietud que aquí se plantea. Por ejemplo, podrán imponerse topes disponiendo que el sistema no podrá ponerse en práctica cuando los hospitales registren un porcentaje determinado de ocupación, o usarse otros mecanismos objetivos.

En seguida, la disposición cautela expresamente un uso prioritario de la capacidad hospitalaria por parte de los beneficiarios a los cuales por ley están llamados a atender los servicios de salud pública.

Se ha manifestado temor a que se produzca una suerte de desplazamiento de pacientes provocado por el interés económico, pues quienes administran los establecimientos hospitalarios públicos podrían dar preferencia a las personas que pagan los servicios. El punto me parece delicado. Existe el riesgo, en efecto, de que eso ocurra; no puede negarse. Pero sería en verdad sorprendente que las autoridades no aplicaran las prioridades establecidas en la ley, y que el reglamento va a cautelar y exigir.

Por tales razones, no me inquieta ese riesgo. Y, por último, si eso ocurriera, habría que corregirlo mediante la actuación de la autoridad y la imposición de las sanciones que correspondan, porque se trata de lograr el mejor

aprovechamiento de la enorme inversión hecha por el país en su estructura hospitalaria.

Además, el sistema propuesto conlleva un resultado económico, ya que se supone que quienes sean beneficiados por el uso de las dependencias hospitalarias van a tener que pagar el arancel respectivo. Estamos tratando de obtener el mayor provecho de la infraestructura, del equipamiento público, en forma tal de lograr una utilidad adicional para el servicio de salud, que requiere mayores aportaciones. ¿Por qué denegar la posibilidad de recibirlas cuando vienen del sector privado?

Estoy seguro de que aquí hay una realidad que, por el contrario, tiende a beneficiar. Entiendo las inquietudes que provoca esta innovación; pero no creo que puedan restar mérito al sentido común que se traduce en la norma. Comprendo que a ratos este esquema pueda aparecer irreal, puesto que los hospitales en muchos casos están ocupados por completo y mantienen listas de espera para acoger nuevos pacientes cuando se produzcan desocupaciones de camas. En esos casos, simplemente no se podrá utilizar la modalidad de que se trata. Pero si abrimos un espacio, una ventana, ¿por qué no emplearlo, cuando se están tomando los resguardos debidos?

Señor Presidente, manifiesto mi apoyo al precepto en cuestión, porque creo que contribuye a generar una oportunidad importante en el país, a través del mejor uso del sistema público de salud, y previene la posibilidad de que el sistema privado, las ISAPRES, haga uso indebido y abuse del beneficio, que deberá ser enteramente pagado, a costo completo.

Reitero: no entiendo tanta inquietud, tanta sensibilidad, tanta reacción airada, cuando, en verdad, se trata de un arbitrio que va a contribuir, al menos en parte, a paliar un déficit y a mejorar la atención a gente que lo necesita.

He dicho.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, en la forma más breve posible, me referiré a algunos puntos que se han mencionado en el debate, porque nuestro propósito era despachar hoy este proyecto.

Sin embargo, debo ser muy exacto en lo que voy a señalar, porque aquí se ha tocado una serie de aspectos que no corresponden a la realidad de lo que está sucediendo en el país en materia de salud.

En primer lugar, no hay ni reacciones airadas de nuestra parte, ni poca comprensión del tema, ni prejuicios para apreciarlo, ni sensibilidades impropias para resolver el problema de salud.

Simplemente, hay que reconocer que, cuando se discute sobre el particular, algunos asuntos coyunturales son la expresión de visiones distintas. La

sensibilidad que mostramos algunos para defender al sector público es igual a la que muestran otros señores Senadores para defender al privado.

Y eso no tiene que ver con ser bueno o malo; sensible o no. Sólo son actitudes que tal vez informan lo que tenemos en lo más profundo de nuestro ser.

Se ha criticado la forma en que reaccionamos al respecto. Es posible que haya razón para que eso suceda. Tuvimos la suerte de crearnos una formación sobre la materia, derivada de las más distintas vertientes del pensamiento médico. Hombres como Viel, que viene del pensamiento marxista; o como Cruz Coke, que lo hace del pensamiento cristiano; o como el propio Hernán Alessandri, del pensamiento más liberal de la política chilena, coincidían en el valor del servicio público, que es el que estamos tratando de preservar cuando hoy de alguna manera, se le critica utilizando cifras inexactas; cuando se habla de su ineficiencia como de un hecho indiscutido -que no es tal, como lo demostré en la sesión anterior-, o cuando se privilegia el uso de sus instalaciones por parte de entidades como las ISAPRES, que, por ley, estaban destinadas desde su creación, en 1981, a proporcionar la estructura que lo liberara de aquella que ahora quieren aprovechar argumentando que se encuentra ociosa.

En la sesión anterior, un señor Senador hizo mención de lo importante que había sido una participación que se reflejaba en las 12 mil camas que hoy tiene el sector privado. No es así. La Superintendencia de ISAPRES, al contestar un oficio enviado en mi nombre, ha señalado que sólo son 2 mil 7 las camas correspondientes a las instituciones de salud provisional. Y todavía no se me responde cuántas son las que dicen relación a lo construido, es decir, al aporte real, y no a lo que significa comprar una estructura ya creada.

En segundo lugar, señor Presidente -y con el debido respeto con que siempre he tratado los temas en el Senado, o intento hacerlo-, no acepto que se diga que se ha llegado a un festinamiento porque no deseamos entrar al fondo del tema. En su oportunidad, manifesté mi molestia por la conducta del Presidente del Senado cuando me interrumpió. Y, con el ánimo de generar una actitud más abierta, todos concordamos en una cierta ligereza para tratar la situación.

Eso no se llama festinar, señor Presidente. He sido lo suficientemente claro, serio; he intentado exponer con nitidez lo que pienso, con documentación, datos, e intervenciones escritas, las cuales están en poder de los señores Senadores. No festino el tema de la salud. Me importa demasiado.

Si vamos a usar la calificación aludida, debo decir que festinar es presentar indicaciones respecto de la salud privada y que repercuten en el sector público. En este proyecto estamos legislando sobre las ISAPRES, y se ha formulado una indicación, sin defenderla claramente, en lo atinente a la parte pública. Incluso, podría haber sido declarada improcedente. Y no procedí en esa forma en la Comisión porque cada día más me convenzo de que

debemos tratar de evitar la limitación de nuestras iniciativas y terminar con esta suerte de "capitis diminutio" que se acrecienta en el Senado por una Constitución que el Senador que habla no aprobó.

Festinar es cuando se dice que media una autorización para que el Ministro, con plena libertad, fije el reglamento y los plazos, y, simultáneamente, se hacen declaraciones a la prensa señalándose que se le perseguirá día a día con el objeto de que redacte lo más rápidamente posible el decreto.

Festinar es anunciar que se instalará una línea telefónica para que todo el mundo pueda llamar con relación al funcionamiento del sistema público. Mi pregunta es por qué no se coloca una línea telefónica para que la gente consulte cómo marchan las ISAPRES.

Señor Presidente, con el debido respeto con que siempre trato a los señores Senadores y con la admiración sin límites que tengo por la inteligencia de algunos de ellos a quienes me estoy refiriendo en este momento, debo aclarar que no acepto que se formulen epítetos de esa índole. .

Estoy convencido de que la indicación puede ser discutible, opinable y hasta buena, en algunos aspectos, pero se halla inserta en un contexto en el cual resulta inhábil, insuficiente e inconveniente.

Honestamente, ante el hecho de que con relación al proyecto sobre modificaciones a la ley de ISAPRES en un instante había ciertos principios de acuerdo -por no decir compromisos- con Senadores miembros de la Comisión, a fin de despachar en forma rápida los puntos en que coincidíamos después de llevar a cabo una discusión que se había extendido más allá del mes, pienso que el planteamiento acerca de la utilización de las camas del sector público resulta distractivo. En efecto, se intenta generar un debate, derechamente, en cuanto a algo que no es atingente a lo que nos ha ocupado.

Lo que señalo puede estimarse opinable, pero, con mucho respeto, debo decir que ése es mi parecer sobre el particular y que así veo las cosas. Basta observar lo que ha sucedido en el debate público y la manera en que se han formulado ciertas expresiones en los medios de comunicación.

Señor Presidente, quiero referirme a algunos asuntos relacionados con el tema mismo. Se ha dicho que hay capacidad ociosa. Al respecto, nosotros hemos dado cifras que no han sido controvertidas. Las hice presentes la semana pasada, y quedo a disposición de Sus Señorías para discutir las. Los otros datos que se han expuesto corresponden a grandes promedios. Si se pretende, entonces, entrar a los casos específicos, ¿por qué no somos serios en nuestras argumentaciones y en lo que deseamos proponer? Si se considera que carecemos de antecedentes en esa materia, ¿por qué no le pedimos al señor Ministro que nos entregue la documentación necesaria? Ya se ha discutido hasta la saciedad que no se puede hacer una ley sobre la base de promedios regionales, dado que ello resulta absolutamente inadecuado. En consecuencia, cuando conozcamos realmente lo que se

requiere para aludir a situaciones concretas, estamos dispuestos a conversar respecto de ellas, pues estoy convencido de que las cifras que se nos harán llegar serán las efectivas.

Aquí se ha utilizado el argumento de que en las regiones hay capacidad ociosa. Y por supuesto que es así. Pero seamos claros. No es eso lo que les interesa en estos momentos a quienes propugnan el acceso a las camas por la vía de las ISAPRES. Lo que importa son los grandes hospitales. Y, en este sentido, cabe recordar que en Santiago se encuentra 70 por ciento de la población beneficiaria de las instituciones de salud previsual y que 25 por ciento de ella está en Concepción y en la Quinta Región. ¡Que haya camas ociosas en Curanilahue, en Lota o en Tirúa -si es que en esta última localidad hubiese un recinto hospitalario- no tiene ninguna importancia, señor Presidente! Lo que, en el fondo, se está haciendo acá es argumentar sobre un punto que a algunos no les interesa, con el objeto de que se pueda entrar al mercado de los grandes hospitales.

Y, como los propios señores Senadores que presentaron la indicación sobre el particular manifiestan, en forma simultánea, que los directores de los hospitales deberán ser eficientes en la tarea de financiarlos, se sostiene que ahora pueden hacerlo a través de las ISAPRES. Esa argumentación es absolutamente falsa, inadecuada e inconveniente.

No es mi ánimo tratar el tema de fondo, el de la salud en Chile, porque existe un acuerdo para abordarlo el próximo miércoles, oportunidad en la cual podremos entrar en un debate más profundo. Pero me gustaría dejar en claro algunas cosas.

Por lógica, los Honorables colegas que aludieron a ese punto hicieron referencia a la productividad, para lo cual han utilizado un informe del Ministerio de Salud. Y quiero ser muy preciso en esto. Al señor Ministro le he manifestado privada y públicamente, con seriedad y con el respeto que le tengo, que ése es un informe que presenta sesgadamente un solo parámetro, sin que se hayan tocado otros. Y he reconocido que es un acto de valentía y ético el que esa Cartera demuestre disposición para ver cuáles son los aspectos que funcionan mal en su servicio. Pero, señor Presidente, las cifras son desglosables y pueden ser presentadas de una manera distinta.

Los datos entregados indican que las intervenciones quirúrgicas, entre 1987 y 1993, han bajado de un millón 28 mil a 851 mil, por lo que habría una falta de productividad del orden de 175 mil. Sin embargo, la cantidad correspondiente al período 1987-1989 -y que constituye un recargo del Gobierno de la época- representa una baja de 90 mil, en tanto que la registrada a partir de 1990 sólo implica una disminución de unas 75 mil, con un descenso de la productividad de nada más que 8,2 por ciento. Y, de los 27 servicios de salud, 11 de ellos demuestran que en este último período subieron su productividad en el parámetro escogido. Teniendo en cuenta esto, puede ser discutible todo.

Los argumentos que dio el Senador señor Ominami -los cuales no repetiré- son absolutamente claros. Y debemos agregar otro: éste es un índice que se mide con un instrumento a partir de 1989, pero habiendo sido registrado desde 1986. Y lo que es peor: todos los que trabajamos en el servicio de salud en aquel entonces sabemos cómo se aumentaban las facturaciones, al igual que en los hospitales, con el objeto de entrar al FAP, que en aquella época se estaba generando.

Por lo tanto, señor Presidente, aquí no hay festinación ni liviandad. Me gustaría disponer de mucho más tiempo para discutir el tema de la salud. No somos los médicos los únicos que sabemos 'de medicina y de salud pública, pero tenemos el derecho a que se nos respete cuando damos una versión sobre lo que está sucediendo en dicho ámbito.

Finalmente, por no proceder que terminemos discutiendo acerca del uso de bienes públicos del país por parte de los más pobres, en circunstancias de que se trata de debatir un asunto relativo a la salud privada; porque los hechos conducirán a deteriorar ese primer tipo de atención, y porque, en definitiva, lo que importa en esta indicación no son los argumentos que se han dado respecto de los pequeños hospitales, sino la "presa gorda" -por decirlo de alguna manera-, constituida por los recintos hospitalarios donde en este momento hay carencias y listas de espera, pido al Senado que en los otros aspectos nos ocupemos con posterioridad, dentro de un contexto general, a lo cual estamos abiertos.

Solicito a los Honorables colegas que, en aras de lo que estamos discutiendo, votemos en contra del informe de la Comisión en esta materia y aprobemos la indicación renovada. El objetivo es reponer lo que hoy existe, para que nadie en Chile quede sin atención de urgencia, hospitalaria o profesional, sea que la persona pertenezca o no a alguna ISAPRE. Porque el derecho de los pobres a ser atendidos es, a mi juicio, intangible, al igual que el del hombre más rico, en la medida en que la salud no se mide por derechos y privilegios o por la falta de ellos. Y debe existir la posibilidad de recibir, asimismo, una atención de urgencia adecuada y de calidad suficiente.

He dicho.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor DÍEZ.

El señor DÍEZ.- Señor Presidente, hemos oído fundamentalmente a médicos y a economistas. Yo hablaré en calidad de enfermo potencial, como todo ser humano, y mirando la realidad del problema de la salud en el país, sin tratar de hacer una diferenciación entre la salud pública y la salud privada.

La Constitución de 1980, en su artículo 19, número 9°, establece que al Estado "Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

"Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley,".

Estoy abordando el tema desde el punto de vista global, en el sentido de que es obligación del Estado procurar que la población tenga el mayor acceso posible a la salud. Y, en esta materia, observo que, tratándose de seres humanos, las estadísticas aparecen muy frías y no demuestran efectivamente la dimensión exacta de las cosas. Porque si se deja de aprovechar 8 ó 10 por ciento de los hospitales y hay gente que necesita ser atendida, la frialdad de los números nos oculta la realidad de cada uno de los casos.

Hemos seguido con suma atención el debate, y creo, señor Presidente, que hay algunos aspectos que no podemos discutir y que son hechos de la causa. En primer lugar, hay una capacidad que no llamaría "ociosa", sino "disponible", parcial o temporalmente. Esa es una verdad que se desprende del debate y que todos nosotros conocemos.

En seguida, también cabe concluir que esa disponibilidad es distinta en las ciudades grandes, en comparación con las medianas y pequeñas. Y precisamente en este punto los Senadores de las regiones debemos tener especial cuidado, porque es lógico que se exija a los sectores público y privado que se mantengan todos los servicios tendientes a cubrir las necesidades médicas donde haya grandes concentraciones de población. Pero si miramos el país con una visión global de lo que debe ser, no es posible que en las ciudades medianas o pequeñas se pretenda exigir, tanto al sector público como al privado, la cobertura de todas las necesidades de salud.

Me parece que el texto de la Comisión es positivo, porque permite a los afiliados a ISAPRES usar las instalaciones de los hospitales de ciudades pequeñas pagando el costo real de la prestación, el cual no sería susceptible de subsidio de ninguna especie, pues ello, evidentemente, produciría un efecto perverso. Vale decir, un centro de salud ubicado en una ciudad mediana o pequeña podría atender a toda la población: a unos les aplicará el arancel FONASA; a otros los atenderá libremente, por su calidad de indigentes, y a otros les cobrará el valor real de la prestación, entendiendo por tal, no el precio de la prestación en sí, sino aquel que incluya el costo de las instalaciones, las amortizaciones, etcétera; me refiero a lo que comercialmente constituye el valor real. Lo anterior, en la mayoría de esas ciudades, estará a cargo de un establecimiento de salud público, dadas la proporción existente y la realidad chilena.

En consecuencia, considero que la norma del segundo informe es conveniente y lógica, porque abre esa posibilidad.

Se sostiene que como no todo queda cubierto (por ejemplo, la atención de la tercera edad) y más adelante analizaremos el problema de la salud pública, no podemos pronunciarnos sobre la materia en debate.

¿Cuántas veces hemos oído aquí plantear que proposiciones de esta naturaleza no son viables en un proyecto parcial y, por tanto, deben abordarse en una iniciativa global referente al tema, que no dejará ningún aspecto sin tocar? Esa es una actitud indiscutiblemente estéril, infecunda, porque impide la labor creadora parcial que nosotros podemos desarrollar en las leyes teniendo en vista el concepto general.

Y me alegro de la seriedad y extensión con que se ha llevado a cabo este debate, por cuanto el Senado no es un organismo que debe despachar la mayor cantidad de asuntos en un día, sino una institución llamada a aprobar mejores y más eficaces leyes, sobre todo en campos tan importantes como el de la salud.

¿Qué dice la norma propuesta? Que los cotizantes de ISAPRES y los particulares en general podrán utilizar el servicio público de salud, debiendo pagar el total del arancel aplicable a los no beneficiarios del sistema, salvo que haya convenios. Y éstos deberán existir en las ciudades medianas y pequeñas, para que las áreas sean cubiertas: algunas, por las instituciones de salud previsional, y otras, por el sistema nacional de salud. Entonces, no los veo en lucha o en competencia, sino en evidente complementación.

Creo que la capacidad de nuestros funcionarios, la seriedad del Gobierno y la moralidad de los sectores médicos permiten tener esa visión esperanzadora. Y, por encima de puntos de vista obsoletos en la materia, debemos considerar, fundamentalmente, que los regímenes de salud fueron creados para los enfermos y no para la comodidad o prestigio de los médicos.

La norma que propone la Comisión es absolutamente lógica. Existen capacidades disponibles en servicios de las diversas ciudades del país, pero no se conocen las condiciones exigidas ni el procedimiento que debe seguirse para utilizarlas. Entonces, se permite a los funcionarios de los servicios públicos de salud usar los hospitales para ' atender a personas que no sean beneficiarias de aquéllos, pagando, lógicamente, el costo real de la prestación y siempre que se cumplan los requisitos que la misma disposición indica, esto es, que exista infraestructura no utilizada en el establecimiento respectivo, que la acción se realice fuera de los horarios normales y que ella no importe, en caso alguno, un menoscabo a la atención de los adscritos al mencionado sistema.

Debo confesar al señor Ministro de Salud que no entiendo por qué el Gobierno no recibe con alegría una norma de esa naturaleza, sobre todo si a través de ella le estamos expresando nuestra confianza, pues será su Ministerio el que, por decreto supremo, regulará las condiciones y el procedimiento aplicable para el ejercicio de la modalidad de atención a los no beneficiarios del servicio público, debiendo considerar que siempre tendrán derecho preferencial los usuarios del sistema público de salud y que habrá de pagarse el valor real de la prestación.

Repito: no entiendo esa actitud, salvo que exista desconfianza en el personal del sistema público y se tema -como aquí se dijo- que un director de hospital, para financiar éste, se sienta tentado a abandonar las necesidades más apremiantes y preferir las acciones de salud que le produzcan mayor rentabilidad.

Yo, señor Presidente, confío en que un director de hospital no va a proceder así, porque tiene tras sí toda una formación y una vida.

El señor DÍAZ.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador, con la venia de la Mesa?

El señor DÍEZ.- Con el mayor gusto, Honorable colega.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor DÍAZ.- Señor Presidente, yo también confío en que ese director de hospital tiene buen criterio como para, en caso de urgencia, dejar ingresar a su establecimiento a cualquier persona, sin preguntarle a qué régimen de salud está acogida.

El señor DÍEZ.- Señor Presidente, no estamos hablando de los casos de urgencia. No me cabe ninguna duda de que, ante ellos, a un enfermo grave lo van a recibir en un hospital en cualquier parte de Chile. Pero aquí se trata de algo global, que apunta a mirar la salud como una realidad.

No podemos pretender que las ISAPRES construyan hospitales en todas las ciudades medianas o pequeñas del país. Y se faculta al Gobierno para reglamentar el tipo de atención que permite la norma. Por ejemplo, podrá prohibir otorgarla en urbes de más de un millón de habitantes. El artículo le entrega gran libertad al respecto.

La disposición sólo tiene por objeto aprovechar la capacidad disponible mediante un sistema realista, de acuerdo con la vida moderna, donde ya no hay que analizar si las cosas son del Estado o de los particulares. Algunas deben ser del Estado; otras, de los particulares; y otras, como las acciones de salud, de la sociedad completa, complementando a ambos sectores.

Aquí se afirmó que si se permitía a las ISAPRES usar la infraestructura de los servicios públicos no se las forzaba a capitalizarse a través de la construcción de hospitales. Este planteamiento es filosófica y humanamente inaceptable, porque no puede emplearse como medio de presión para que se edifiquen establecimientos de esa naturaleza el poner en riesgo la salud de algunas personas. Habrá otras maneras de incentivarlas. Es evidente que, si se cobra el valor real de cada prestación y no hay subsidió de por medio, será la libertad del mercado la que indique a las instituciones de salud previsional, y también a los servicios públicos, dónde levantar instalaciones y qué rubros cubrir con ellas.

Por lo tanto, señor Presidente, en esta norma estamos discutiendo la filosofía global del sistema, que, a mi juicio, no debe separar a los servicios privados

de los servicios públicos de salud, sino crear una legislación que los ayude a complementarse para cubrir las necesidades de toda la población.

Por estas razones, y porque tenemos confianza en el Ministerio de Salud, apoyamos la norma sugerida por la Comisión, que faculta al Gobierno para reglamentar, de acuerdo con los sanos principios que ella misma establece, una situación que es bastante diversa a lo largo del país y para fijar la forma y condiciones en que se prestará la atención de que se trata.

Por lo tanto, rechazaremos la indicación renovada.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- En virtud del inciso tercero del artículo 133 del Reglamento, tiene la palabra por cinco minutos el Honorable señor Piñera.

El señor PIÑERA.- Gracias, señor Presidente.

Voy a ser muy breve, y quisiera contar con toda la atención del señor Ministro de Salud.

En primer lugar, cuando uno plantea que en esta materia hay prejuicios, quiere decir lo que precisamente significa ésa palabra. Y he agregado que aquí puede darse lo del "perro del hortelano" porque, existiendo instalaciones, no las ocupa ni el sector público ni el sector privado, lo cual, justamente, constituye la conducta del "perro del hortelano". No he hablado de criterios; y esto lo puede comprobar el Honorable señor Díaz si revisa la Versión Taquigráfica.

Pero vamos a lo sustancial.

Todos estamos de acuerdo en que el sistema de salud en Chile debe ser mixto; es decir, han de coexistir un sector público y un sector privado. La vieja discusión acerca de si debía ser ciento por ciento público o ciento por ciento privado, gracias a Dios, quedó atrás. Pero un sistema mixto no implica sólo la coexistencia de instituciones públicas y privadas. Un sistema mixto, como su nombre lo indica, significa que ambos sectores pueden interactuar: en algunos casos, en colaboración, celebrando convenios; en otros, en competencia por atraer a las personas, que pueden optar.

También, en este debate se ha preguntado por qué el sector privado no crea su propia infraestructura. ¡Es lógico que debe crearla! Pero sí existe infraestructura médica con capacidad ociosa o disponible, me parece absolutamente irracional que el país malgaste sus escasos recursos de inversión en duplicarla.

En tercer lugar, lo razonable sería permitir que se usaran los servicios de un sistema u otro en forma cruzada, haciendo posible, de este modo, que un afiliado a una institución privada se atendiera en el sector público y -escúchelo, señor Ministro- que un usuario del sector público ocupara

infraestructura privada, en la medida en que ello correspondiera a un pacto voluntario entre las partes y con aranceles que reflejaran los costos reales.

En seguida, causan gran preocupación los subsidios al sector privado, en circunstancias de que lo que nos debe inquietar es que se desvíen desde los estratos de bajos ingresos hacia aquellos que no los necesitan. A mí no me interesa que una persona de escasos recursos esté en el sector público o en el sector privado, sino que su condición socioeconómica amerite un aporte del Estado, independientemente del sistema a que se halle adscrita. Sin embargo, en sistema vigente, para que un individuo de bajos ingresos pueda recibir esa ayuda estatal, lo obligamos a ir al sector público; es decir, no le damos la libertad de escoger. Y, en mi opinión, no porque sea pobre debe renunciar a su derecho a optar.

Por otro lado, es cierto que el problema de la tercera edad y el de las enfermedades catastróficas no fueron incluidos en este proyecto, porque se dividió. Esperamos que muy pronto podamos tratarlos en el Senado. Sin embargo, el solo anuncio de la discusión del tema ha provocado efectos positivos en las instituciones, como saben todos quienes leen la prensa.

En lo medular, señor Presidente, es factible que los indicadores de productividad presentados por el Ministerio no sean perfectos. ¡Indudablemente! Y no basta con decir que algo no es perfecto para anularlo. Pero cuando la productividad cae en la forma sistemática y en la magnitud que señala ese estudio, lejos de descalificar, debiera haber un mínimo sentido de autocrítica para preguntarse qué está pasando.

Un señor Senador daba dos ejemplos en los cuales dicho estudio podía no ser perfecto. ¿Pero invalidan ellos la tendencia, el mensaje, la conclusión básica del mismo? ¡No, señor! El documento es categórico en esa materia.

Nosotros hemos entregado cifras que demuestran la existencia de capacidad disponible. Un señor Senador observó que ellas correspondían a promedios. Quiero decir que no es así. Analizamos la situación hospital por hospital y no a base de promedios regionales, pues lo que interesa es saber si existe capacidad ociosa a nivel de la unidad básica. Por eso, los cuadros que presenté miden la situación hospital por hospital.

Pues bien, ¿cuántos de los 195 hospitales que hay en Chile tienen capacidad utilizada inferior a 60 por ciento? Casi 100.

Por lo tanto, no se trata de promedios, sino todo lo contrario: con las cifras del Ministerio, hemos evaluado la unidad básica, pues así se puede determinar dónde hay capacidad ociosa y dónde no.

Ahora, si existe mayor capacidad utilizada en la Región Metropolitana, la solución es muy simple: con la norma propuesta, el Ministro queda facultado para determinar que el sistema que se plantea no opere en los hospitales de ella hasta que se decida otra cosa.

En lo referente a los resguardos, hemos sugerido al señor Ministro que dicte un reglamento a través de un decreto supremo; que los SEREMI lo ratifiquen, por si hubiera un problema regional específico, y que los directores de los hospitales celebren los convenios. Para ello no hemos fijado plazo. Sin embargo, señor Ministro, el hecho de no hacerlo no significa que pueda tomarse todo el tiempo del mundo, sino sólo el necesario.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Le resta un minuto, señor Senador.

El señor PIÑERA.- Y, si legislamos en la materia, estaremos preocupados de que el señor Ministro avance en la dictación del reglamento.

Por otra parte, se ha hablado de tentación y riesgo. Creo que una y otro se encuentran presentes siempre y en todas partes. Hoy existe tentación y riesgo de que un médico pueda ingresar a un paciente privado a un hospital público y, lejos de cobrar éste, se cobre aparte, o sea, "por debajo".

Creo que para ser un buen médico -y lo señalo con mucha franqueza- se debe tener buena capacidad de diagnóstico, pero también buena capacidad para operar al enfermo. Hasta ahora el señor Ministro ha demostrado buena capacidad de diagnóstico. Esperamos que no se quede allí, sino que demuestre además ser capaz de operar. Y este "enfermo" no se va a curar con aspirinas: necesita cirugía mayor.

Como chileno, no puedo conformarme, por una cuestión ética -porque detrás de esto hay sufrimiento de millones de compatriotas-, con que dejemos pasar él tiempo, conociendo los gravísimos problemas de gestión que existen al interior del sector salud en general.

Pero aquí estamos hablando del sector público. Y por eso la sugerencia de la Comisión se refiere a los establecimientos donde exista capacidad disponible -y la hay-, con todos los resguardos que el Ministro, los SEREMI y los directores deseen tomar.

Ahora, si ello es rechazado, se estará actuando, en mi modesta opinión, de manera equivocada.

Por tales razones, invito a los colegas senadores y al Gobierno a respaldar el segundo informe de la Comisión en esta materia, porque es bueno para la salud en Chile.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Ha terminado su tiempo, señor Senador.

El señor MASSAD (Ministro de Salud).- Pido la palabra, señor Presidente.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor MASSAD (Ministro de Salud).- Señor Presidente, lamento mucho que la discusión de un tema específico del proyecto de ley sobre las Isapres empiece a derivar en una especie de juicio al sistema público de salud. Me

parece que éste no es el momento más apropiado para hacerlo. Ya habrá otra oportunidad.

Señores Senadores, señalar las dificultades de gestión que puedan existir al interior del sistema público de salud no significa emitir un juicio sobre él, sino sobre nosotros mismos y sobre nuestra capacidad de mejorarlo. Además, nos plantea un desafío permanente para perfeccionarlo, única posibilidad, a nuestro modo de ver, de introducirle elementos de equidad importantes.

Al presentar públicamente los indicadores de productividad o eficiencia, nuestro propósito ha sido llamar la atención hacia aspectos del sistema que deben ser mejorados, a fin de fortalecerlo, asegurando que contenga la indispensable equidad para todos los chilenos.

Llegará el momento, señor Presidente -espero que sea pronto-, de tener una discusión más amplia sobre esta materia. Desde ya, manifiesto mi disposición para concurrir al Senado cuando se efectúe.

Muchas gracias.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Cantuarias.

El señor CANTUARIAS.- Señor Presidente, pese a ser ingeniero, obtuve un posgrado en salud pública y dediqué algún tiempo a actividades relacionadas con la administración hospitalaria. Ello me permite opinar sobre el fondo del asunto en debate con bastante información.

Lo primero que deseo hacer resaltar, desde esa perspectiva, es que existe una cuestión que felizmente se ha mantenido celosa y rigurosamente cuidada en la organización de los servicios de salud tanto públicos como privados. En nuestros sistemas de salud, las determinaciones técnicas de los médicos y su estructura organizacional, encomendada fundamentalmente a los directores de los establecimientos, son siempre respetadas e inamovibles, desde el punto de vista del bien común, que orienta las resoluciones tomadas en esta materia.

Sin embargo, en el debate sostenido esta mañana -a ratos con poca asistencia de Senadores- aparece un fortísimo sesgo de desconfianza en las autoridades médicas que se encuentran a la cabeza de los hospitales.

Me parece completamente inadecuado. Y simplemente, quiero destacarlo, porque es una suerte de dirigismo que no va con los tiempos, ni con la consideración que el sistema de salud tributa a sus profesionales médicos, ni tampoco con los derechos que, con justicia, reclaman éstos respecto de sus determinaciones de carácter técnico.

Hay desconfianza al suponer que las atenciones médicas pueden ser orientadas a favorecer, no a los beneficiarios del sistema público de salud -normalmente, los de menores ingresos-, sino a personas que pueden

representar un ingreso para el establecimiento pertinente. Ello implica desconfiar de al menos 125 directores de hospitales del citado sistema.

Creo que no cabe esa desconfianza, que no se aviene -repito- con la consideración que el sistema público ha dispensado permanentemente a los profesionales médicos, quienes, con justicia, han reclamado y obtenido respeto para sus decisiones técnicas tanto en el sector público cuanto en el privado.

En consecuencia, si una norma legal, por la vía del reglamento, señala a directores de hospitales cómo deben utilizarse los servicios de éstos, no procede, a mi juicio, desconfiar de que, con un afán economicista, para aumentar los ingresos -ello podría estimarse legítimo-, preferirán a los enfermos que puedan pagar las prestaciones mediante ISAPRES, dejando sin atención a usuarios directos del sistema público de salud.

El señor HAMILTON.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador, con la venia de la Mesa?

El señor CANTUARIAS.- Con mucho gusto.

El señor NÚÑEZ (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Hamilton.

El señor HAMILTON.- Señor Presidente, no puede plantearse la cuestión sobre la base de confianza o desconfianza en los médicos o en los directores de hospitales. Basta observar al respecto que el Colegio Médico rechaza la norma propuesta. Y no es dable suponer que dicha entidad desconfíe de sus propios asociados.

Muchas gracias, señor Senador.

El señor CANTUARIAS.- Señor Presidente, ése es justamente uno de los aspectos curiosos que quiero destacar al término de mi argumentación.

Ahora me estoy refiriendo a los dichos que hemos escuchado esta mañana en cuanto a la posibilidad de que se abra -como se ha señalado- una ventana a través de la cual los directores médicos prefieran atender a pacientes que signifiquen facturación, postergando a los usuarios del sistema público de salud.

Me estoy haciendo cargo, no de suposiciones -las criticaré a continuación-, sino de los comentarios que hemos oído durante esta sesión, que, además, ponen una nota curiosa y establecen un contrapunto entre lo que plantea y reivindica el Colegio Médico y las decisiones de colegiados que ejercen como directores de hospitales del sector público.

Señalo esto porque, en ese aspecto, me parece conveniente mantener la tradición de confianza. En muchas oportunidades, profesionales con historia en la administración de los servicios públicos de salud han intentado afectar los derechos reservados a las decisiones técnicas de los profesionales

médicos que ejercen funciones de dirección. Y me parece positivo que no se les haya permitido hacerlo. Lamentablemente, en el debate de hoy, han aparecido desconfianzas que, a mi juicio, no corresponden.

Asimismo, deseo hacerme cargo de los indicadores utilizados.

Muchas veces se critica al sistema privado de salud por no haber construido suficientes camas y se pretende determinar directa, específica y linealmente cuál ha sido el aporte de las ISAPRES en este rubro. No desconfío de las cifras entregadas en esta Sala. Presumiblemente, son 2 mil 7 de las 12 mil camas que se atribuyen al sector privado. Sin embargo, ese único indicador no justifica la habilitación de 2 mil camas, ni de 12 mil, ni siquiera de buena parte de lo que los hospitales del sector público han hecho al respecto en el último tiempo.

Y me explico.

El Presidente de la Comisión de Salud del Senado, Honorable señor Ruiz-Eskuide, no pudo participar, por razones muy justificadas, hace dos o tres viernes en la inauguración de la Unidad Pediátrica de la Clínica Francesa, de Concepción. En la ceremonia, Su Señoría iba a pronunciar un discurso relativo a ese establecimiento, que, obviamente, fue construido pensando en un mercado que cubría a niños afiliados al sistema privado de salud. Y las camas habilitadas, que significaron una inversión muy importante en la Región, no habrían sido posibles de no existir un sistema particular que aliviara la carga que pesa sobre el sector público de salud.

Esa Clínica privada, que pertenece a una sociedad de médicos, construyó su parte pediátrica pensando en prestar servicio a niños provenientes del sistema privado. Y eso es legítimo. Deseo señalar, simplemente, que para valorar el aporte en infraestructura de salud no procede establecer una relación entre las camas construidas por el sector privado y las que han aportado las ISAPRES.

Aun más: el propio Hospital Regional de Concepción, Guillermo Grant Benavente, habilitó un pensionado de muy buen nivel pensando en la atención de pacientes que no son fundamentalmente los del sistema de salud público.

En consecuencia, únicamente quiero dejar en claro que no podemos confundir la discusión descalificando ciertos indicadores por simples o por expresar un solo factor, ya la vez, para sustentar otras afirmaciones, utilizar el argumento simple de identificar el aporte del sistema privado a la salud por las camas construidas, sean 2 mil, 10 mil o 12 mil. Porque, como he pretendido demostrar con los ejemplos señalados, en algunos casos las propias habilitaciones y construcciones del sistema público de salud y parte de sus hospitales han sido concebidas y realizadas, legítimamente, para atender también al público afiliado al sistema privado.

En cuanto a la descalificación de las cifras entregadas por el Ministerio de Salud respecto de la productividad, tan sólo debo indicar que, en mi concepto, los estudios técnicos, deben discutirse, interpelarse y, finalmente, contrastarse con otros de igual magnitud e importancia.

No me parece justo que, frente a un documento que dice que el aumento de recursos en horas médicas de 66 por ciento en el sistema público no ha tenido correlato en términos de atención, la explicación sea simplemente el hecho de que ahora los anestesiólogos acompañan en todo o parte las intervenciones quirúrgicas. Ese extremado simplismo nos lleva a soluciones, o muy sencillas en su apariencia por la equivocación del diagnóstico, o impracticables respecto del fondo del problema.

Un ex Ministro del Gobierno del Presidente Aylwin, pese a demostrar que en salud se había gastado una cantidad de recursos muy superior a la destinada a la fecha, perdió su cargo, sencillamente, porque no consiguió atender las demandas -supongo- del público usuario, pero, sobre todo, de quienes prestan el servicio; es decir, los funcionarios del sistema público de salud. No son buenas las explicaciones tan simples.

Considero malo suponer intenciones. Es malo presumir que los indicadores que presentó el Ministerio del ramo tienen el propósito de crear un clima favorable a la privatización de la salud; malo es pensar que determinadas indicaciones tienen por objeto abrir un mercado para permitir que se entre en los grandes hospitales de las mayores ciudades. Todo ello perjudica la seriedad de un debate que reclama un tono más adecuado.

Muchas veces he escuchado el tema -quizás en la sesión especial del próximo miércoles, destinada al problema de la salud, se replanteará- de los 15 mil millones de pesos anuales con que -se supone- el sistema público subsidia al privado, justamente porque en reiteradas oportunidades no se pueden cobrar las atenciones que aquél presta. Pero no caminamos hacia la solución del problema -que estimo real y merecedor de medidas urgentes- impidiendo acciones como las que aquí se han señalado.

Una última consideración, señor Presidente. Creo que para llevar adelante ideas, proyectos e iniciativas se requiere no sólo audacia y debates como el de esta mañana, sino además de un ambiente en la opinión pública que las haga posibles. Y, en lo personal, presiento -lo lamento muy especialmente- que el que rodea a este y otros proyectos relativos a la salud es muy poco propicio como para enfrentar los elementos de cirugía mayor que han sido esbozados. Lo lamento, porque una buena idea necesita su tiempo y su ambiente, y este último, para la iniciativa en comento, no es lo suficientemente favorable. Tengo la clara percepción de que, por ejemplo, los profesionales médicos de todo Chile -incluidos los de mi Región, por cierto- entienden que en la indicación ahora en debate -que apunta a un problema menor, propiamente administrativo, si se mira desde el punto de vista que

he propuesto esta mañana- está envuelta una cuestión de vida o muerte respecto de los sistemas público y privado de salud.

Eso es lo que me ha llevado a hablar de un ambiente inconveniente para resolver en esta materia. Y lamento que debamos hoy pronunciarnos sobre un tema como éste sin poder transmitir informaciones suficientes para proyectar claridad, no sólo hacia los profesionales del gremio médico -por quienes expreso una vez más mi reconocimiento y respeto- sino también hacia la ciudadanía, la cual, en último término, es la usuaria de uno y otro sistema.

He dicho.

El señor VALDÉS (Presidente).- Antes de proceder a votar la indicación, solicito autorización de la Sala para prorrogar la hora hasta el despacho de la iniciativa.

Acordado.

En votación la indicación número 16, renovada.

--(Durante la votación).

El señor HORMAZÁBAL.- Señor Presidente, como entiendo que hay una dificultad respecto a la constatación de un pareo del Honorable señor Cooper, tomaré dicho pareo a partir de este momento para aclarar la situación.

La señora FELIÚ.- Señor Presidente, en verdad, en reiteradas oportunidades me he pronunciado sobre la bondad de la indicación del Honorable señor Piñera aprobada en el primer informe y que se dejaría sin efecto de acogerse la actualmente en votación, pero también manifesté mi aquiescencia a que se alcanzara un proyecto de consenso. Sobre esta base se votaron numerosas disposiciones. En esa perspectiva, para que realmente sea de consenso, y habiendo manifestado el señor Ministro que no está de acuerdo con la proposición de la Comisión, voto a favor de la indicación renovada.

--Se rechaza la indicación renovada (17 votos contra 1S y 4 pareos).

Votaron por la negativa los señores Alessandri, DÍEZ, Errázuriz, Fernández, Horvath, Huerta, Lagos, Larraín, Larre, Martin, Mc-Intyre, Piñera, Prat, Ríos, Romero, Thayer y Urenda.

Votaron por la afirmativa los señores Calderón, Díaz, Feliú, Frei (doña Carmen), Hamilton, Lavandero, Matta, Núñez, Páez, Ruiz (don José), Ruiz-Eskide, Sule, Valdés, Zaldívar (don Adolfo) y Zaldívar (don Andrés).

No votaron, por estar pareados, los señores Cantuarias, Hormazábal, Ominami y Siebert.

El señor LAGOS (Prosecretario).- En consecuencia, corresponde pronunciarse respecto de otra indicación renovada, que se presentó durante la discusión de la anterior, con la firma de los Honorables señores Errázuriz,

Ríos, Lagos, Fernández, Alessandri, Martín, Letelier, Huerta, Horvath y Siebert. Corresponde a la número 17 del Boletín de Indicaciones y ha sido renovada sin la letra a), que la Comisión consideró inconstitucional. Lo que se propone ahora es aprobar el resto de la indicación, cuyo texto fue sustituido en la Comisión por el que aparece en el informe.

El señor VALDÉS (Presidente).- Quisiera saber si al suprimirse la letra a) queda coherente la norma.

El señor ERRÁZURIZ.- Así es, señor Presidente. Se trata de una materia agregada cuya supresión no tiene consecuencia alguna.

El señor VALDÉS (Presidente).- En discusión la indicación renovada.

Tiene la palabra el Honorable señor Errázuriz.

El señor ERRÁZURIZ.- Señor Presidente, se trata simplemente de autorizar que los cotizantes de ISAPRES puedan ocupar los servicios de los hospitales -como, de hecho, está ocurriendo-, con excepción de las camas? salvo en casos de urgencia, obviamente. Me parece que la norma es consensual, ya que permite salvar las observaciones hechas respecto de la indicación anteriormente rechazada y, además, que los usuarios paguen en los servicios hospitalarios los alrededor de 15 mil millones de pesos que, según se estima, se dejan de recaudar por este concepto.

Se retiró la letra a), que guardaba relación con la construcción de pensionados nuevos, porque en la Comisión se estimó que era inconstitucional, de modo que este punto deberá analizarse en otra ocasión.

Por tanto, sigue vigente la letra b) e, igualmente, el inciso final, que establece que, en cualquier caso, las atenciones que ahora se autorizan no podrán provocar menoscabo alguno a los beneficiarios de la ley N° 18.469.

El señor RÍOS.- ¿Me permite una breve interrupción, señor Senador?

El señor ERRÁZURIZ.- Con mucho gusto, con la venia de la Mesa.

El señor VALDÉS (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ríos.

El señor RÍOS.- Deseo hacer una consulta al Senador señor Errázuriz. La indicación -en cuya renovación también participé- ¿debe entenderse dirigida básicamente a los hospitales que están ubicados en lugares donde existen servicios privados con construcciones y que están funcionando? En otros sitios -comunidades pequeñas como Yumbel, por poner cualquier ejemplo-, donde no existe el servicio privado, ¿se mantiene la atención permanente de dichos centros hospitalarios a afiliados al sistema público y al privado?

El señor ERRÁZURIZ.- Evidentemente, señor Senador.

El señor VALDÉS (Presidente).- Aclarado el punto, procederemos a votar la indicación.

El señor DÍEZ.- Me parece que no hay quórum, señor Presidente.

El señor VALDÉS (Presidente).- No se requiere quórum especial, señor Senador.

El señor DÍEZ.- En mi opinión, de acuerdo con el Reglamento, debe votarse con las mismas exigencias que la indicación anterior.

El señor VALDÉS (Presidente).- Es una indicación parecida pero no igual a la anterior, señor Senador.

En votación la indicación renovada número 17.

--(Durante la votación).

El señor ALESSANDRI.- La apruebo, pero hago presente que habría que eliminar del primer inciso la frase "sólo a través de los siguientes sistemas:", a fin de que quede bien redactada.

El señor ERRÁZURIZ.- Estoy de acuerdo, señor Presidente, con esa corrección.

El señor HAMILTON.- Señor Presidente, voy a votar a favor, porque es una forma de rechazar el informe.

El señor LARRE.- Señor Presidente, voto que no, pues estoy de acuerdo con el informe.

El señor MATTA.- Señor Presidente, voto que sí, por la misma razón expuesta por el Honorable señor Hamilton.

El señor VALDÉS (Presidente).- Terminada la votación.

--Con la adecuación formal sugerida por el señor Alessandri y otras del mismo carácter que corresponden, se aprueba la indicación renovada (22 votos contra 6, una abstención y 5 pareos), y, con la misma votación, queda rechazado el texto propuesto en el informe.

Votaron por la afirmativa los señores Alessandri, Díaz, Errázuriz, Fernández, Frei (doña Carmen), Hamilton, Horvath, Huerta, Lagos, Lavandero, Martín, Matta, Mc-Intyre, Núñez, Ominami, Páez, Ríos, Ruiz (don José), Ruiz-Esquide, Sule, Valdés y Zaldívar (don Andrés).

Votaron por la negativa los señores DÍEZ, Larraín, Larre, Piñera, Romero y Siebert.

Se abstuvo el señor Urenda.

No votaron, por estar pareados, los señores Cantuarias, Feliú, Hormazábal, Prat y Zaldívar (don Adolfo).

El señor ERRÁZURIZ.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor VALDÉS (Presidente).- Quiero dar a conocer a la Sala algunos asuntos antes que se cumpla la hora de término del Orden del Día, por cuanto no ha habido acuerdo para prorrogarla.

El señor ERRÁZURIZ.- Señor Presidente, seré muy breve. Deseo señalar que la indicación recién aprobada no es contradictoria con el texto propuesto en el informe, sino más explícita en cuanto a permitir que las personas puedan acceder a la asistencia médica en los hospitales pagando por los servicios y no así por las camas, para evitar cualquier mala interpretación o problema de abuso.

El señor HAMILTON.- Señor Presidente, las leyes se interpretan por lo que dicen, no por lo que se dice de ellas.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor VALDÉS (Presidente).- La indicación fue votada y aprobada, y su similitud o no con el texto propuesto en el informe ya no tiene ningún efecto.

Queda pendiente la discusión del proyecto para la sesión de mañana jueves.

El señor VALDÉS (Presidente).- En atención a que se ha acordado anticipar a las 15 el comienzo de la sesión especial convocada para la tarde de hoy, solicito autorización para que las Comisiones de Hacienda y Mixta de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento puedan funcionar simultáneamente con la Sala.

Acordado.

El señor VALDÉS (Presidente).- Se levanta la sesión.

--Se levantó a las 13:46.

Manuel Ocaña Vergara,

Jefe de la Redacción